

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

OBECNÉ POJETÍ SEBEVRAŽEDNOSTI SE ZAMĚŘENÍM NA LIDI V KRIZOVÉ SITUACI *(General concept of suicide concerning individuals in the crisis moments)*

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
PhDr. JANA PROCHÁZKOVÁ
MACHKOVÁ

Autor:
Bc. TEREZA

ANOTACE

Diplomová práce „Obecné pojetí sebevraždy se zaměřením na lidi v krizové situaci.“ pojednává o vymezení pojmu sebevražda, také vymezení pojmu sebepoškození a krizová situace. Historický pohled na sebevraždu a pohled z různých vědních oborů, kteří se tématu sebevražda dotýkají. Velmi důležitou součástí je statistické zhodnocení.

V praktické části jsou uvedeny rozhovory, které jsou vedené se skupinou lidí ve vězení a na vozíku. Shrnutí rozhovorů a pocitů, které vyplynuli ze setkání s respondenty. Zhodnocení pocitů a postojů k sebevraždě, lidí, kteří prošli „krizovou“ situací.

Annotation

Thesis „General concept of suicide concerning individuals in the crisis moments is describing the word suicide properly, also meaning of self damaging and crisis situation are exemplified here. Historical meaning of suicide supported by unsolved questions of science has changed thru the centuries. But the essential aspect of whole problematics is a statistical analysis.

The main part of thesis is full of interview with handicapped or arrested people .At the end you can find the conclusion of inner feelings or different approaches of mentioned individuals .

Klíčová slova

Psychologie, sebevražda, vězeňství, handicap, krizové situace.

Keywords

Psychology, suicide, prison system, handicap, crisis moment

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené
prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce
byla
umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 16.8. 2009

Bc. Tereza Machková

„Sebevražda , při ztrátě ideje o nesmrtelnosti, stavá se naprostou nevyhnutelnou nutností pro každého člověka, jenž se tak tak pozdvihl ve svém vývoji nad zvířata. Naproti tomu nesmrtelnost, slibujíc věčný život, tím pevněji svazuje člověka se zemí.....Toliko s vírou ve svou nesmrtelnost člověk postihuje celý rozumný účel svůj na zemi. Bez přesvědčení o vlastní nesmrtelnosti přetrhávají se svazky člověka se zemí.... ztráta vyššího smyslu života (pocítovaného třeba jen v podobě zcela neuvědomělé tesknosti) jistě vede za sebou sebevraždu.“

Dostojevsky

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Janě Procházkové za velmi pozitivní přístup. Také Kamile Ješinové za pomoc při návštěvě věznice.

Bc. Tereza Machková

Obsah:

OBSAH:	6
ÚVOD	13
I. TEORETICKÁ ČÁST	15
1. VYMEZENÍ A DEFINICE POJMŮ	15
1.1 VYMEZENÍ POJMU SEBEVRAŽDA	15
1.2 VYMEZENÍ POJMU SEBEPOŠKOZENÍ	15
1.3 VYMEZENÍ POJMU KRIZE	17
2. SEBEVRAŽEDNOST V HISTORICKÉM KONTEXTU	18
3. ROZDĚLENÍ SEBEVRAŽD A JEJICH PŘÍČIN	20
3.1 SEBEVRAŽEDNOST Z HLEDISKA RŮZNÝCH VĚDNÍCH OBORŮ	20
3.1.1. HLEDISKO SOCIOLOGICKÉ	20
3.1.2. HLEDISKO PSYCHIATRICKÉ	21
3.1.3. HLEDISKO PSYCHOLOGICKÉ	21
3.1.4. HLEDISKO LÉKAŘSKÉ	22
3.1.5. HLEDISKO KULTURNĚ HISTORICKÉ	23
3.2 PŘÍČINY SEBEVRAŽD	24
3.3 FAKTORY	25
FAKTORY INDIVIDUÁLNÍ	25
4. DRUHY SEBEVRAŽD	26
4.1 SEBEVRAŽDA PLÁNOVANÁ A BILANČNÍ	26
4.2 SEBEVRAŽDA IMPULZIVNÍ	26
4.3 SEBEVRAŽDA PŘEDSTÍRANÁ	27
4.4 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA	27
5. EUTHANASIE JAKO ETICKÝ PROBLÉM	28
5.1 ZÁKON A EUTHANASIE	29
6. STATISTIKA SEBEVRAŽEDNOSTI	30
6.1 VÝVOJ POČTU SEBEVRAŽD	30
6.2 SEBEVRAŽDY PODLE POHLAVÍ	32
6.3 DALŠÍ STATISTICKÉ FAKTORY SEBEVRAŽEDNOSTI	33
7. VČASNÉ ODHALENÍ RIZIKA SEBEVRAŽDY A JEHO POTLAČENÍ	37

II. PRAKTICKÁ ČÁST	38
1. ROZHOVORY S VĚZNI	41
1.1 ANONYMNÍ DOTAZNÍK VĚZNICE	42
1.2 PRVNÍ RESPONDENT	43
1.3 DRUHÝ RESPONDENT	44
1.4 TŘETÍ RESPONDENT	45
1.5 ČTVRTÝ RESPONDENT	47
1.6 PÁTÝ RESPONDENT	48
1.7 SHRUTÍ ROZHOVORŮ S VĚZNI	50
1.7.1 ROZBOR KONKRÉTNÍCH OTÁZEK Z DOTAZNÍKU	51
2. ROZHOVORY S VOZÍČKÁŘI	55
2.1 ANONYMNÍ DOTAZNÍK VOZÍČKÁŘI	55
2.2 PRVNÍ RESPONDENT	56
2.3 DRUHÝM RESPONDENTEM	58
2.4 TŘETÍ RESPONDENT	59
2.5 ČTVRTÝ RESPONDENT	61
2.6 PÁTÝ RESPONDENT	63
2.7 SHRUTÍ ROZHOVORŮ S VOZÍČKÁŘI	65
2.7.1 ROZBOR KONKRÉTNÍCH OTÁZEK Z DOTAZNÍKU	66
3. ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	70
3.1.1 ANONYMITA DOTAZNÍKU	70
3.1.2 VYROVNÁNÍ SE SITUACÍ	70
3.1.3 FAKTORY VEDOUcí KE SMÍŘENÍ SE SITUACÍ	72
3.1.4. CELKOVÉ SHRUTÍ OBOU SKUPIN	73
4. DISKUSE	77
ZÁVĚR	79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	80
SEZNAM PŘÍLOH:	82

Úvod

Dobrovolná smrt člověka je problémem, jenž od věků provokuje svými těžko uchopitelnými motivy lidskou společnost jako celek. Pohnutky, které vedou jedince a někdy i celé uzavřené subkultury (zmiňuji zejména fenomén hromadných sebevražd v rámci nových náboženských komunit, hromadných „eschatologických“ sebevražd) k rozhodnutí, jež je v rozporu s nejzákladnějším z pudů, kterým je člověk od narození obdařen – s pudem sebezáchovy. Sebevražda je znepokojivým, provokujícím i fascinujícím námětem literárních děl, výtvarného umění, filosofie. Až od 19. století je předmětem systematického zkoumání, zejména sociologů E. Durkheima a T. G. Masaryka.

Na rozdíl od ostatních demografických procesů, kdy úmrtí je výsledkem dlouhodobého působení způsobu života, sociálních podmínek a zdravotního stavu, dochází k sebevraždě rozhodnutím člověka.

Pojem sebevražda je možno vyložit jako dobrovolný úmysl jedince ukončit svůj život a s tím spojené cílevědomě záměrné jednání vedoucí ke smrti. Lidé individuálně reagují na různé podněty a podléhají různým stresovým situacím, jejichž charakter a intenzita může vést až k extrémní reakci jedince, k sebevraždě.

O tom, že si lidé sahají na život, se poslední dobou dozvídáme z médií poměrně často. Prudkého rozšíření sebevražd si všímal už před více než sto lety T. G. Masaryk, který prohlásil, že „...*dnes je již epidemie, a proto mluvím o sebevražednosti, netoliko o sebevraždách*“.² V této souvislosti musím zmínit jeho významné dílo, které se tímto tématem zabývá, s názvem *Sebevražda hromadným jevem společenským* (1930).

V některých případech může být sebevražda forma protestu, někdy je to následek duševní choroby. Také ztráta životního smyslu může vést až k sebevraždě. Významná literární díla napsaná k tématu sebevražednosti nalézáme v 19. století u sociologů Emila Durkheima – *La Suicide* a u již zmiňovaného Tomáše G. Masaryka – *Sebevražda hromadným jevem společenským*. Ve 20. století se sebevraždou zabývají zejména psychiatři, psychologové a začíná být monitorována statistickými ústavy. V České republice jsou to Český statistický

² T. G. Masaryk, *Moderní člověk a náboženství*, Praha: MÚ AVČR 2000, s. 15.

úřad (ČSÚ). Za lékařské studie je možno jmenovat *Sebevražedné chování* od psychiatrů J. Koutka a J. Kocourkové nebo knihu anesteziologa Briana Pollarda *Eutanazie – ano či ne?* Za významné autory z řad psychologů lze jmenovat Josefa Viewegha a jeho knihu *Sebevražda a literatura* či Jamese Hillmana a jeho knihu s názvem *Duše a sebevražda*. Téma sebevraždy se ovšem nevyhýbá ani populárnější literatuře – za všechny je možno jmenovat knihu *Dějiny sebevražd* francouzského novináře Martina Monestiera, nebo českého publicisty Libora Budinského *Sebevraždy slavných*. Také další důležitou literaturou je kniha Vereny Kastové, *Krize a tvořivý přístup k ní*.

Cílem mé práce je provést pilotní sondu do problematiky lidí, kteří se dostali do situace, kdy lze předpokládat, zhoršení psychického stavu.

Práci jsem rozdělila do dvou základních celků. První je teoretická část, kde se zaměřuji především na obecné pojetí sebevražednosti. Nejdříve se budu snažit vymezit pojmy sebevražda,sebepoškození a krize. Dále více rozeberu druhy sebevražd a budu pokračovat, jak se v průběhu staletí měnil názor na sebevraždu. Poukážu na některé statistické údaje, které poskytuje ČSÚ.

V druhé praktické části provedu rozhovory s vězni a potom rozhovory s vozíčkáři.

Cílem mojí práce je najít a porovnat důvody, které vedou k sebevražedným pokusům a zjistit, jak se postupem času mění uvažování jedinců, kteří na sebevraždu v určitých konkrétních etapách svého života pomýšlí. Zda a jak se jejich přesvědčení o zbytečnosti a bezcennosti dalšího života mění, co ho ovlivňuje a hlavně jak oni sami vidí a přijímají zásadní změny svých životů. Také jsem chtěla zjistit, jak se změnil jejich postoj k tématu sebevraždy před a po zásadní změně jejich životního stylu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení a definice pojmů

1.1 Vymezení pojmu sebevražda

„Sebevraždou rozumíme úmyslné usmrcení sebe sama, různě motivované. Obvykle je to afektogenní reakce na tíživou situaci (stres), která se jedinci zdá bezvýchodná. V podstatě jde o poruchu pudu sebezáchovy, popsanou i u některých druhů zvířat, velmi vzácnou též u dětí.“¹

Slovo **sebevražda** má základ v praslovanském výrazu *vrog* (nepřítel). Takto expresivní výraz vyjadřoval, že takový skutek je považován za těžký hřích. Od stejné myšlenky se odvíjí také spojení „spáchat sebevraždu“. Slovo *spáchat* se přitom v češtině pojí s negativními jevy (spáchat zločin, spáchat hřích). To souviselo také s náboženským prostředím, které dobrovolný odchod ze života považovalo za tak těžký hřích, že takovým lidem byl upírán křesťanský pohřeb, přitom toto spojení se začalo používat až v 19. století. Dřívější památky, pokud takový jev popisují, volí přímá slova jako „padl na meč“ či „oběsil se“.

O tom, zda sebevražedné jednání, pokud se vyskytne, bude dokonané či nikoliv, rozhoduje obvykle interakce dvou aspektů: motivace, neboli síly přání zemřít a spolehlivosti daného prostředku, přičemž v některých případech může právě síla přání zemřít vést k volbě daného prostředku, kterým se sebevrah rozhodne ukončit svůj život. Někdy sebevražda může být forma protestu, někdy je to následek duševní choroby. Také ztráta životního smyslu může vést až k sebevraždě.

1.2 Vymezení pojmu sebepoškození

„Emoce mohou vyvolat také specifickou reakci a tím může být agrese. Můžeme ji definovat jako chování s cílem zranit jinou osobu [fyzicky nebo verbálně] nebo zničit nějakou věc, určující je záměr.“²

¹ Kol: Velký sociologický slovník II. Vydavatelství Karolinum, Praha, 1996. s.973.

² P.HARTL: Stručný psychologický slovník. Portál, Praha, 2004. s.524.

Ve chvíli kdy člověk obrátí svou agresi vůči vlastnímu tělu, jde o autoagresi, neboli jednání, jímž člověk poškozuje sám sebe. Sebepoškození je jednou z forem agrese, která je obrácena proti sobě samému.

Podle nějakých měřítek a sociokulturního pohledu lze rozlišit, které zásahy do lidského těla jsou konvenční, jako například je tetování nebo piercing. Dnes jsou brány jako součást nějakého vyjádření, způsobu života. Odborné zdroje je popisují jako patologické sebepoškozující chování.

V českém jazyce termín sebepoškození je definován jako „*vykonání aktivit vycházející z vlastního podmětu za účelem ublížení či poškození sama sebe, násilí směřující na sebe sama*“, *důsledkem je poškození těla.*“³

Kocourková (2003) v knize „Sebevražedné chování „ uvádí, že *sebepoškozování je vědomé, záměrné a také často opakované jednání. Poukazuje, že zde není vědomá sebevražedná motivace.*“⁴ Nejčastěji se mezi sebepoškození řadí. Poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbety rukou, škrábance, vyřezání znaků do kůže, pálení cigaretou, někdy se uvádí další způsoby jako například braní velkých dávek léků, bouchání sebe sama, vytrhávání vlasů, chlupů nebo řas, inhalování nebo čichání jedovatých látek, polykání nepoživatelných předmětů, vsunování a bodání předmětů do těla, oparování se.

Automutilace, je charakterizováno jako „...*vytváření si bolestivých ale nikoliv smrtelných poranění, která způsobují poškození tkáně, jako jsou řezy a popáleniny, s cílem ublížit si či uvolnit jinou bolest. Nejčastější motivací automutilace jsou psychosomatické poruchy, mohou vyjadřovat patologický pocit viny a sebestrestání, někdy pouze zaměřeno proti jednotlivým částem těla.*“⁵

Ve slovníku odborných významů používaných v psychologii je uvedeno, že sebepoškození, sebedestrukce a sebemutilace je poruchou chování a připouští možnost, že je to nutková potřeba na sebe upozornit nebo uniknout neřešitelné situaci. Může to být také chápáno jako jakýsi druh sebetrestání.

³ Hartl, tamtéž.

⁴ J.KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ: Sebevražedné chování. Portál, Praha, 2003.s.74.

⁵ Department for Education and Skills: TeacherNet [online]. 2003 [cit. 2008-003-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.teachernet.gov.uk/teachingandlearning/library/self-harm>>.

1.3 Vymezení pojmu krize

Kastová (2000) uvádí, že Latinské „*crisis*“ v podstatě znamená rozdělení, svár, rozhodování, rozsudek. O krizi se hovoří tehdy, když se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnutí, které má k dispozici. V krizi cítí jedinec ohrožení své identity. Musíme brát v úvahu nejen oblast individuální psychiky člověka, ale také rodinný, profesionální a vůbec sociální rozměr krize.⁶

Řecký základ slova krize je odvozeno ze slovesa *krinein*, které mělo mnoho významů, nejčastěji ve vztahu k rozlišování, posuzování rozhodování, v souvislostech právní oblasti označuje předcházející rozepře, lékařské obrát v nemoci a později v literární používala při zkoumání textů. Krize také vyjadřuje narušení rovnováhy.

Hlaváč (2002) píše, že krizová situace se většinou popisuje jako situace, v níž je nutné činit rozhodnutí. Krize označuje nejvyšší bod, vrchol, avšak také bod obratu, zvrát v dění. Potud vyjadřuje krize specifickou kvalitu změny ve formě vyhocení, v našem případě jde o změnu psychickou. Označení krize se používá v mnoha oblastech, takže se zdá, že v krizi se může ocitnout všechno živé. Krize prožíváme jako neodkladné, naléhavé situace.⁷

⁶ V. Kastová : Krize a tvoří přístup k ní. Portál, Praha, 2000.

⁷ I.Hlaváč: Krize. Krizová situace. Krizové řízení, ÚSS VA, Brno, 2002.

2. Sebevražednost v historickém kontextu

Sebevražedné jednání úzce souvisí se světem lidských hodnot, zejména s postojem ke smrti vůbec. Tento postoj byl a je podmíněn historicky a sociokulturně. Je tedy důležité chápat a posuzovat sebevraždu v historickém kontextu dané doby.

Zprávy o sebevražedném jednání se objevují už staletí před Kristem v písemných památkách starých kultur Indie, Číny a Japonska. V hinduismu, konfucianismu a buddhismu přetrvává názor na dobrovolnou smrt až do současnosti (například rituální forma „harakiri“).⁸

Sebevražda se objevuje po celém světě, existovala ve všech historických epochách. Řadou společností byla odsuzována především z hlediska náboženského, filozofického nebo etického. V průběhu mnoha dob vyvolávala pocit strachu a odsouzení, stejně jako v některých dobách okouzlení, zda to bylo posuzováno za čin duševně nemocného jedince nebo projev svobodné vůle.

Josef Viewegh (1996) ve své knize mluví o historii takto. V antickém Řecku a Římě se střídala období sebevražd s obdobími, ve kterých byla sebevražda odsuzována. Z vynikajících řeckých osobností skončil sebevraždou (donucen nepříznivými okolnostmi) Sokrates. V důsledku všeobecného ekonomického, politického a morálního úpadku se ke konci starověku v Řecku a v Římské říši sebevražednost mimořádně rozšířila. V klasickém Řecku se filosof Plutarchos natolik zajímal o tento jev, že ve svém díle zaznamenal všechny známé sebevraždy, ke kterým došlo v průběhu 4. a 3. stol. př.n.l. Jako první zaznamenal historii epidemie sebevražednosti. Žáci filosofické školy cynické, stoické a epikurejské zdůrazňovali dobrovolnou smrt jako šťastnou cestu úniku z bídy života. Jak v Řecku, tak i v Římě existovala veřejná prostranství, kde bylo možné demonstrativně sebevraždu vykonat.⁹

Rozšířením křesťanství sebevražednost vymizela a katolický středověk ji vůbec nezná. Křesťanský středověk se stavěl vůči sebevraždám jednoznačně negativně. Z křesťanského hlediska není sebevražda pouhým „útekem ze života“, nýbrž vzpourou vůči Bohu. Pro křesťana je proto sebevražda smrtelným hříchem. Z tohoto důvodu se sebevraždy ve středověku vyskytovaly pouze ojediněle.

⁸ J. Viewegh: Sebevražda a literatura. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 1996, s. 15.

⁹ tamtéž

Rozšířená až chorobná touha po mučednictví donutila církev uznávat mučednickou sebevraždu pouze v některých případech a ostatní přísně odsuzovala.¹⁰

Průlom do křesťanského středověkého pojetí sebevraždy učinili v dalších století zastánci osvícenské a humanisticko-racionalistické filosofie jako T.Morus (1478-1555), Ch. L. Montesquieu (1689-1755), A.Voltaire (1649-1778) a J.J. Rousseau (1712-1778). Tito filosofové hlásali, že každý člověk sám má právo svobodné volby. Vznikají tak filosofické úvahy o sebevraždě, zaměřené většinou proti církevní autoritě. Kant sebevraždu jednoznačně odsuzoval, pozdější individualistická filosofie, vrcholící Nietzsche, sebevraždu schvaluje a heroizuje.

Za renesance a reformace se stala sebevražda častější, v 18. a 19. století nastává v otázce sebevražd zásadní obrat a je možno dokázat chorobnou sebevražednost. O shrnutí této doby se snaží Monestier (2003) Pozornost se obrací na faktickou stránku sebevražedného jednání a jsou položeny základy vědeckého výzkumu sebevražednosti. Do tohoto období rovněž patří první statistické přehledy o sebevraždách. Během 19. století se sebevražednost ve většině vzdělaných států aspoň ztrojnásobila, její vzrůst však není u všech národů stejnoměrný. Poměrně větší vzrůst sebevražednosti je u žen možno vysvětlit moderním emancipačním hnutím. Je dokázáno, že u vzdělaných národů je jev sebevražednosti častější (psychózy...), zatímco u přírodních a nevzdělaných národů je tento jev pouze ojedinělý.¹¹

Pokud bych to tedy mohla shrnout, tak sebevražednost vystupuje ve všech dobách a u všech národů pouze ojediněle, ale jako společenský hromadný jev vystupuje periodicky. Chorobná sebevražednost byla zvláště silná u Řeků a Římanů, křesťanský středověk ji téměř nezná. Sebevražednost však od dob renesance ustavičně stoupá a dosahuje nyní u všech národů velké síly.

V současné době vznikají samostatné výzkumné přístupy k sebevražednosti z pozice různých vědních disciplín a sebevražednost se stává aktuální sociální otázkou.

¹⁰ Více viz. T.G.Masaryk, Sebevražda. Ústav T.G. Masaryka, Brno, 1998. s. 110.

¹¹ M.Monestier: Dějiny sebevražd. Praha, Dubbuj,2003.

3. Rozdělení sebevražd a jejich příčin

3.1 Sebevražednost z hlediska různých vědních oborů

Zatímco teologie a filosofie se zabývá etickou stránkou, morálním právem ukončit vlastní život, věda si klade otázky proč, jak a kdy k tomuto jevu dochází.

3.1.1. Hledisko sociologické

„Sociologie chápe sebevraždu jako sociální jev a zaměřuje se především objasnění vztahu mezi četností sebevražd a demografickými, ekonomickými a jinými charakteristikami sociálních systémů.“¹²

Například Velký sociologický slovník uvádí různé způsoby, motivy, anamnézy sebevražd. Muži i ženy jako nejčastější způsob sebevraždy volí oběšení a otravu svítiplynem, ženy si asi pětikrát více než muži volí také otravu z abnormálních dávek léků na spaní. Pokud se motivů sebevraždy týče, u mužů se uplatňují zejména konflikty v povolání, hospodářská bída a strach před trestem, zatímco specifickými motivy jsou především mezilidské vztahy, přátelství, láska, manželství. Podrobně byly studovány anamnézy sebevrahů, aby byly zjištěny možné vlivy zkušenosti na sebevraždu. Různí autoři na základě těchto studií sestavili tzv. „rizikové listiny“, obsahující možné seznamy možných faktorů sebevražd a jejich váhu. Jednu z takových listin obsahující s-giské proměnné vypracoval W. Pöldinger (1992) na základě studia 1157 „sucidálních pacientů“. Pokusy identifikovat „profil sebevraha“ nepřinesly jednotné výsledky. Osoby vyhrožující sebevraždou mají však vysoké hodnoty v takových položkách, jako jsou hypochondrie, deprese, hysterie, psychopatie, schizofrenie a další psychopatologické kategorie. Existuje vysoká korelace mezi suicidálními pacienty a neurotiky a také psychotiky.¹³

Úmyslné usmrcení, je obvykle afektogenní reakce na tíživou situaci, která se jedinci zdá bezvýchodná a bezperspektivní (ztráta smyslu života). V podstatě jde o poruchu pudu sebezáchovy, popsanou i u některých druhů zvířat, velmi vzácnou též u dětí. Častější je u mužů než u žen, u nichž se ale vyskytuje více pokusů a tzv. nedokonaných sebevražd.

¹² E.Dragomirecká, *Sebevražda jako jev sociální patologie – hledisko filosofické, sociologické a psychologické*, Amireport, roč. 6,č. 28, 1998, s. 28.

¹³ . Pöldinger: *Psychosomatic Disorders in General Practice*, Springer, Berlin. 1992.

3.1.2. Hledisko psychiatrické

Z psychiatrického hlediska se rozlišují tzv. patologické (psychotické) a nepatologické sebevraždy, přičemž i u tzv. nepatologického typu se předpokládá narušení osobnosti nebo přinejmenším závažné vychýlení afektivní rovnováhy. Pro toto hledisko je důležité důraz na popis aktuálního stavu jedince těsně před sebevraždou.

Jednoznačný vztah sebevraždy k duševní poruše byl zpochybněn výsledky šetření, které u nás probíhalo v 60. letech, kdy bylo po každém podchycení sebevražedním pokusu nařízeno povinné psychiatrické vyšetření. Ačkoliv měli psychiatři i v případech, kdy nebyla vyjádřena jiná duševní porucha, tendenci hodnotit sebevražedné jednání jako projev neurózy (u žen) nebo psychopatie (u mužů), přesto byla u více než 10% osob konstatována nepřítomnost jakékoliv duševní poruchy.¹⁴

3.1.3. Hledisko psychologické

Zatímco zdravotnické statistiky evidují bezprostřední příčiny, psychologie se více zaměřuje na dlouhodobější proces vedoucí k sebevraždě označovaný jako suicidální vývoj.

Tento tzv. psychologický vývoj k sebevraždě zahrnuje zaobírání se smrtí, sebevražedné fantazie, přebudování hodnotových měřítek, postupné nahrazování objektivních soudů subjektivními, přivyknutí na smrt, oslabování pudu sebezáchovy a posléze sebevražedný pokus, který je některými autory chápán jako samostatná jednotka zásadně odlišná od dokonané sebevraždy.

Cílem mnoha psychologických výzkumů je odhalení osobnostních vlastností a dalších faktorů predisponujících sebevražedné jednání a jejich využití v prevenci.

Jednotlivé psychologické školy pojednávají o sebevraždě v rámci svého teoretického systému. Freud (1926) zdůrazňuje biologickou podmíněnost a přičítá sebevražedné jednání pudu smrti. Dynamické směry si více všímají interpersonální oblasti, zvláště vztahu matka – dítě. Humanistický směr obrací pozornost k vývojovým stupňům osobnosti a její hodnotové vyzrálosti.

¹⁴ P. Zvolský a kol.: Speciální psychiatrie, Karolinum, Praha, 2001.

3.1.4. Hledisko lékařské

Lékaři si již dávno povšimli faktu, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, trpěla duševní chorobou. S těmito stavy lze spojit 90% všech sebevražd. Nejčastější příčinou jsou duševní poruchy spojené s velkými výkyvy v náladě pacienta, zvláště ty, které se projevují hlubokými depresemi. Těmto stavům lze připsat na vrub plných 60 % případů sebevražd. Zbývající případy mají spojitost se schizofrenií, alkoholismem, narkomanií, epilepsií nebo Huntingtonovou chorobou. Pacienti s těžkou hloubkovou depresí popisují někdy citové strádání, jenž je pro ně nesnesitelnější, než jakákoliv fyzická bolest. Sebevražda jako kdyby pro tyto lidi představovala jediné východisko, jak se z této nesnesitelné situace vymanit. Jenže řada lidí s těžkými depresemi se o sebevraždu nepokusí. Proč?

Podle Velkého lékařského slovníku od Martina Vokurky (2002) můžeme rozdíly hledat jak v genetických předpokladech, tak i v rozdílných vlivech vnějšího prostředí. Na vině je často chybějící serotonin. Vyšetření mozku obětí sebevražd naznačují, že oběti mají v určitých částech mozkové kůry předního mozku pozměněny podmínky pro přenos nervových signálů prostřednictvím serotoninu. Serotonin patří mezi tzv. neurotransmitery, čili přenašeče vzruchů. Tyto látky zajišťují vzájemnou komunikaci mezi jednotlivými nervovými buňkami. Neurony spolu komunikují ve specializovaných místech, jimž česky říkáme zápoje, ale obvykle se pro ně používá odborný termín „synapse“. V synapsi dělí oba neurony tenká štěrbina. Do této štěrby jsou vysílajícím neuronem uvolněny neurotransmitery, které překonají štěrbinu a naváží se na speciální vazebné molekuly tzv. receptory na druhém přijímacím neuronu. Tím je zajištěn přechod vzruchu z neuronu na neuron.¹⁵

V korové části mozku sebevrahů bylo ale nalezeno výrazně méně míst, odkud by mohl být serotonin do synapse uvolněn a naopak podezřele mnoho receptorů schopných vázat při přenosu vzruchu molekuly neurotransmiteru serotoninu. Znamená to, že serotoninem přenášený signál je velmi slabý a vazebné receptory jsou u přijímacích neuronů donuceny k množení, aby tento slabý signál vůbec zachytily.

Důležité je i místo, kde je přenos serotoninového signálu narušen. Právě tato část mozku má za úkol tlumit odezvu organismu na silné podněty. Lidé, u

¹⁵ M.Vokurka: Velký lékařský slovník, Maxdorf, Praha, 2002.

nichž došlo k poškození této části mozku například v důsledku úrazu, mají potíže s tím, aby potlačili nutkání konat impulsivně, v důsledku popudů, které zdravý člověk zvládne a potlačí. Takoví lidé mají sklony k agresi. Je zajímavé, že lidé, kteří se pokusili o sebevraždu jsou ve srovnání se zbytkem populace hodnoceni jako výrazně agresivnější. Zdá se tedy, že do sebe vše zapadá.

V mozku sebevrahů se ale podařilo najít i další odchylky, i když většinou nebyly tak výrazné jako odchylky v přenosu nervových signálů prostřednictvím serotoninu. Zdá se například, že v některých centrech mozku sebevrahů, pracují se zvýšenou aktivitou neurony přenášející vzruchy prostřednictvím neurotransmiteru norepinefrinu. Některé studie také objevily v mozku sebevrahů změny v přenosu nervového vzruchu neurotransmiterem dopaminem.

Co ale vyvolává tyto změny schopnosti komunikace neuronů? Ukazuje se, že vážnou roli sehrává jak dědičné založení, tak vliv vnějšího prostředí (viz faktory). Roli může sehrát také užívání drog, které výrazně mění aktivitu některých nervových buněk. U mužů bývá množství serotoninu používaného ke komunikaci neuronu obecně nižší než u žen. Snad proto páchají muži sebevraždy až třikrát častěji než ženy.¹⁶

S tím jak začínáme pomalu chápat neurobiologickou podstatu náchylnosti k sebevraždě se začíná lékařům také otevírat možnosti k včasnému odhalení pacientů, kteří mají sklon k tomuto způsobu ukončení života (viz kapitola Včasné odhalení rizika sebevraždy a jeho potlačení).

3.1.5. Hledisko kulturně historické

Historické studie zajímavě osvětlují proměny motivů a postojů k sebevraždě a smrti a jejich souvislosti. S celkovou filosofickou – sociální charakteristikou doby. Ukazují relativitu vnitřních i vnějších sociálních norem a stálou proměnlivost lidského chápání hodnot.

Důležitý je také převažující eticko - filosofický rámec, v této souvislosti se popisují dva typy morálky: 1) jednoduchá morálka – morálka mas, lidí založená na náboženství, kdy určité věci jsou zakázané a hodnocené jako jednoznačně špatné; 2) rozlišující morálka - morálka aristokracie, vzdělané menšiny, která je založena na rozumu, nepovažuje věci za špatné samy o sobě, ale hodnotí je podle jejich důsledků.

¹⁶ J. Pavlíček, Biologie sebevraždy. Věda, technika a my, r. 52, č. ř. 5, 1998, s. 44-45.

Tyto aspekty neovlivňují pouze četnost sebevražd a jejich hodnocení sociálním okolím, ale především motivaci. K čemu?

3.2 Příčiny sebevražd

Důvod vedoucí k předčasnému ukončení života souvisí s věkem osob uvažující o sebevraždě. U mladších generací jsou často příčinou problémy v mezilidských vztazích a zklamání, která nutně provází příliš velká očekávání, ať už v sebe samého, či svému okolí. Příčinou mnoha případů sebevražd u lidí starší generace je především ztráta síly v boji s těžkou nemocí nebo nevyrovnání se se ztrátou životního partnera. Jen malé procento lidí, kteří se rozhodnou ukončit svůj život, jsou psychopatologické osobnosti, z čehož vyplývá, že řada sebevrahů jsou lidé psychicky normální, snažící se jen na své okolí upozornit na křivdy spáchané proti nim a na své problémy.¹⁷

Jiné pojetí sebevražednosti: záleží na suicidálním chování. *Suicidium* je definováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít. Sebevražedný pokus je každý život ohrožující akt, s úmyslem zemřít, avšak s nikoli letálním koncem. *Suicidální myšlenky a tendence* jsou charakterizovány verbálními či neverbálními projevy toho, že jejich nositel se zabývá myšlenkami na sebevraždu. Úmysl zemřít nemusí být jednoznačný, mohou být přítomny ambivalentní postoje ke smrti a suicidálním činem je dáván život v sázku. Postoje ke smrti mohou být vědomé i nevědomé a mohou být vyjádřené charakterem, a tedy často i výsledkem suicidálního jednání. *Parasuicidium* bývá definováno jako suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít, jde tedy spíše o sebepoškození, i to však může skončit letálně. Pokud se dva lidé domluví, že společně spáchají sebevraždu, hovoříme o suicidální dohodě. Rozšířené suicidium je takové jednání, kdy nemocný v psychotické motivaci před vlastní sebevražedou usmrtí blízkou osobu, například motivován ochránit ji před zlem tohoto světa.¹⁸

¹⁷ ČSÚ :Sebevraždy v České republice v letech 2001-2005, Odbor statis. vývoje obyvatelstva, Olomouc, 2006.s.6.

¹⁸ Vl. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, E. Malá a kol., *Dětská a adolescentní psychiatrie*, Portál, Praha, 2000, s.405.

3.3 Faktory

Faktory individuální

- Biologické podmíněnosti
- Individuální struktura osobnosti
- Duševní onemocnění
- Zneužívání návykových látek
- Anamnéza somatického onemocnění

Vnější faktory

- Společnost, sociální prostředí (rodinné vazby), sociální situace (nezaměstnanost, ekonomická situace)
- Vnější faktory, fyzické prostředí
- Širší sociální prostředí (politické, náboženské faktory)

4. Druhy sebevražd

Struktura způsobu provedení sebevražd se v čase mění. Přesné srovnání v dlouhodobějším časovém úseku ovlivňují, mimo jiné i změny mezinárodní klasifikace nemocí a příčin smrti. Na základě 10. revize z roku 1994 byly sebevraždy podle způsobu provedení oproti předešlé revizi podrobněji rozlišeny a zároveň rozšířeny o další způsoby.¹⁹

4. 1 Sebevražda plánovaná a bilanční

Koutek a Kocourková (2003) popisují, že bilanční sebevražda je suicidum dokonané na základě předchozího bilancování. Člověk, který se rozhodne, že je jeho situace už neúnosná. Wikipedia uvádí podobný popis „Jde o osobní uzavření účtu, člověk nevidí důvod, proč dál setrvávat na světě. Lze dokonce konstatovat, že details provedení připravuje a plánuje velmi pečlivě, někdy až zálibně. Je velice obtížné této sebevraždě zabránit, protože bez odborné pomoci stav potřeby mít klid a dosáhnout pomyslného ráje přetrvává a vede k novým přípravám. Otázka podílu viny přímého a současného okolí dotyčného je velmi diskutabilní každý dokáže odhadnout nebo dokonce vyhodnotit jakékoliv známky „volání o pomoc“, pokud jsou vůbec poznatelné.“²⁰

4. 2 Sebevražda impulzivní

Vznikne z náhlého popudu, a to i při dlouhodobých depresích (padla poslední kapka), může působit jako blesk z čistého nebe. Impulzivní a zkratkovité jednání u Baštecké (2003) je jednání pod vlivem halucinací, Viewegh (1996) označuje jako sebezabití – člověk chce vědomě zemřít. Podobně popisuje tuto sebevraždu Koutek a Kocourková (2003), zkratkovité jednání popisují jako takové jednání, které, jde co nejrychleji ke svému cíli, bez jakýchkoliv odboček, bez zamyšlení nad jinými možnostmi. Např: žák tak zareaguje na špatnou známku, vyhodí svou žákovskou knížku.

¹⁹ČSÚ: Sebevraždy v České republice v letech 1960-1995, odbor statis. Vývoje obyvatelstva, Olomouc, 1996. s.5.

²⁰ <http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebevra%C5%BEda>, (vyvěšeno 4.8.2009, staženo 6.8. 2009).

4.3 Sebevražda předstíraná

„Předstíraná sebevražda je velmi oblíbený nástroj citového vydírání, při kterém je oběť jednoznačně okolí. Sebevrah si zajistí, aby někdo přišel a našel ho. Bolest z pořezaných zápěstí nebo předloktí vnímá optikou velikosti trestu toho, kdo to zavinil – tedy vydírané osoby. „Bolí mě to proto, že jsi zlý.“ Hrubší zacházení s vyděračem se ukázalo jako přínosné - stále platí, že přistoupení na hru sebevraha znamená jeho vítězství.“²¹

4.4 Asistovaná sebevražda

Je pomoc (většinou poskytovaná lékařem) nevyлéčitelně nemocným, trpícím atd. lidem, kteří si přejí zemřít. Bývá také označována jako euthanasie (více viz kapitola 5).

²¹ <http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebevra%C5%BEda>, (vyvěšeno 4.8.2009, staženo 6.8. 2009).

5. Euthanasie jako etický problém

Jádro problému euthanasie je etické, protože je v sázce lidský život. Než se dostanu k vymezení euthanasie jako asistované sebevraždy, přiblížím některé základní informace k fenoménu euthanasie.

Euthanasie – toto slovo je odvozeno z řeckého eu=dobře a thanatos=smrt – doslovně tedy dobrá smrt, přesněji usmrcení z milosti.

Euthanasie je usmrcení těžce nemocných osob. Hovoříme-li o euthanasii, často myslíme „vyžádanou“ euthanasii, tedy usmrcení osoby, která si je přeje a žádá o ně.

Brian Pollard (1996), autor knihy *Euthanasie ano či ne?* poskytuje definice euthanasie: Euthanasie, aktivní, anebo takzvaná pasivní, je záměrné ukončení života motivované soucitem. Je:

- vyžádaná, či dobrovolná, žádá-li o ni osoba sama pro sebe,
- nevyžádaná, když o ni daná osoba nepožádala, protože je nedospělá nebo mentálně nezpůsobilá, anebo je způsobilá a nebyla tázána, a
- nedobrovolná, když je uskutečněna navzdory žádosti, aby se neprováděla.²²

V případě *asistované sebevraždy* je pacient sebevrahem a lékař mu jako spolupachatel vědomě napomáhá poskytnutím prostředků či rad.²³ I když sám lékař usmrcení neprovádí, je jeho záměrem, aby poskytnutými prostředky došlo k smrti.

Zcela jiný pohled na fenomén euthanasie nabízí Velký sociologický slovník(1996): Smrt či život těžce nemocných jedinců představuje ostatně i ekonomický problém, jehož makrospolečenské důsledky nejsou ani eticky bezvýznamné. Například lze zvažovat, kolik peněz a kvalifikovaných pracovních sil na sebe váže dlouhodobě umírající, kolika osobám by mohl být prodloužen život, kdyby tyto prostředky byly vloženy do léčby nadějnějších případů apod. Na druhé straně jsou s euthanasii spjaty i vážné otázky politické, neboť existuje nebezpečí likvidace nepohodlných jedinců pomocí euthanasie právě tak jako možnost

²² B. Pollard: Eutanazie ano či ne?. Dita, Praha, 1996, s. 21.

²³ tamtéž., s. 22.

zneužití euthanasie pro zjištění cíle příbuzných apod. Z těchto nebezpečí vyházejí právě stávající právní normy, které euthanasii většinou zavrhnou.²⁴

5.1 Zákon a euthanasii

Právně je euthanasie ve většině zemí neznámým pojmem. Právo nezná smrt z milosti, pouze vraždu, popřípadě zabití. V Evropě je euthanasie pouze tolerována v Holandsku (navzdory opačným tvrzením ale stále zůstává podle statutárního práva nelegální²⁵). V České republice se o euthanasii v zákonech nic nepíše. Pokud by byl zaznamenán případ euthanasie, vycházelo by se při jeho vyšetřování pravděpodobně z 1. odstavce § 219 Trestního zákona: „*Kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až patnáct let.*“²⁶

²⁴ Kol.: Velký sociologický slovník I, UK Karolinum, Praha 1996, s.289.

²⁵ Brian Pollard, 1996, s. 8

²⁶ <http://www.zakonycr.cz/seznamy/1401961Sb.html>, (vloženo 3.1.2007, staženo 30.9.2008)

6. Statistika sebevraždy

6.1 Vývoj počtu sebevražd

V dějinách regionů, který se dnes nazývá Česká republika, se začíná sebevražednost sledovat už od dob Rakouska - Uherska. A tam jsme viděli, že v době před první světovou válkou narůstala a za první světové války prudce klesla, tak jako vždy po válkách, aby pak začala mírně stoupat. V době války nebo nějaké velké společenské krize se sebevraždy páchají jen ojediněle, zatímco nejvíce sebevražd připadá na doby míru. Vrchol poválečný byl v roce 1970, kdy bylo 2824 sebevražd po tomto roku se trend zlomil a z toho dlouhodobého pohledu můžeme hovořit již o trvalém poklesu.

Statistické údaje o motivaci sebevražedného jednání jsou založeny na údajích Odboru systémového řízení a informatiky Policejního prezidia (OSŘI PP) České republiky, přičemž se od roku 2003, kdy byla ukončena evidence sebevražd v rámci Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, jedná o jediný zdroj podrobnějších informací o sebevražedném jednání, včetně motivu. Evidence OSŘI PP ČR vychází ze statistických hlášení okresních policejních ředitelství o trestné činnosti v jednotlivých místně příslušných oblastech, přičemž z jednotlivých krajů se zpracovává za Českou republiku roční „Statistický výkaz sebevražd“. Toto statistické hlášení obsahuje mnohé sociologicky a kriminologicky relevantní informace k osobě sebevraha a jeho jednání.

Oficiální statistická evidence sebevražd však vychází ze zpracování dat Českého statistického úřadu. Ten prostřednictvím tiskopisu Hlášení o úmrtí (založené na tiskopisu List o prohlídce mrtvého, vyplněného lékařem, jenž zemřelého ohledal) eviduje příčiny smrti zesnulého. Statistiku počtu zemřelých uveřejňuje ČSÚ každoročně v publikaci Demografická ročenka (dříve Pohyb obyvatelstva).²⁷

ČSÚ má k dispozici základní údaje o počtu sebevražd za území srovnatelném s dnešní Českou republikou za období od roku 1876. V dlouhodobém, cca 130 letém, časovém srovnání patří hodnoty z posledních roků k nejmenším. V desetiletém intervalu od roku 1996 se počty pohybují, s jedinou výjimkou, v nevelkém rozmezí okolo 1 600 případů ročně. Pouze na počátku

²⁷ ČSÚ: Sebevraždy 1996-2000, r. 2001, Odbor statis. vývoje obyvatelstva, pracoviště, Olomouc, 2001.

období, za něž jsou k dispozici data, to je mezi roky 1876 - 1882, byly počty sebevražd obdobné, ale přece jenom byly tehdy v průměru o málo větší.

Dosavadní historické minimum (1 393 případů) bylo sice v roce 1917, ale věrohodnost údaje není možno zcela spolehlivě prověřit (společně s rokem 1918 se oba roky podstatně odlišují od okolních roků, bohužel nebylo uvedeno z jakého důvodu. Pak již následuje rok 2002 s 1 534 sebevraždami a roky 1879 a 2005 oba s 1 564 sebevraždami. Naproti tomu v období před první a zejména před druhou světovou válkou počty podstatně narůstaly – první lokální maximum bylo v roce 1913 – 3 205 případů a absolutní vrchol byl v roce 1934 s počtem 4 007 sebevražd (od roku 1925 do roku 1937 bylo každoročně sebevražd přes 3 tis., většinou přes 3,5 tis.).

Zemřelí sebevraždou tvoří v posledních letech okolo 1,5 % z celkového počtu zemřelých, průměrný údaj za hodnocených pět let zůstal téměř shodný s údajem za roky 1996 - 2000. Významný díl, nyní již téměř čtvrtinu, tvoří sebevraždy z celkového počtu úmrtí na vnější příčiny, to jsou úrazy, otravy, nehody, vraždy, sebevraždy, apod. Vzhledem k tomu, že pokles počtu sebevražd je nyní pomalejší než úmrtí na ostatní vnější příčiny, podíl v posledních letech mírně vzrůstá, ale přesto dříve býval podstatně vyšší. Např. na počátku 20. let minulého století tvořily sebevraždy přes polovinu zemřelých z vnějších příčin, koncem 60. let to byla stále ještě třetina.

Zatím pouze jedenkrát (v roce 1969) byl počet sebevražd menší než počet zemřelých při dopravních nehodách.

V roce 1969 byl ve světě proveden průzkum o sebevraždách a způsobech jejich provedení, bylo zjištěno téměř 1000 důvodů pro sebevraždu a téměř sto způsobů provedení sebevraždy, poměr často se mluví o sebevraždách skokem pod vlak, ale jsou to spíše výjimky.

Od druhé poloviny 90. let se hodnoty zmíněných položek k sobě velmi přiblížily, ale stále ještě sebevraždy převažují. Díky většímu poklesu zemřelých při dopravních nehodách v posledních třech letech znovu počet sebevražd převažuje o 250 – 300 zemřelých ročně, v relativním vyjádření je to cca o pětinu. Během období let 2001 – 2005 zemřelo 7 010 osob při dopravních nehodách a 8 023 sebevraždou. I toto srovnání ilustruje význam, jaký sebevraždy v současné naší společnosti mají. Sebevražda je v našich poměrech každodenní záležitostí,

v průměru spáchá denně sebevraždu 4 - 5 osob. Za posledních pět let bylo pouze 36 dní, ve kterých nebyla ani jedna sebevražda.²⁸

Základním zdrojem údajů o sebevraždách jsou publikace „Pohyb obyvatelstva v České republice“ za příslušný rok a za období roku 1989 až 2005. Dále Český statistický úřad vydává pravidelně vždy po uplynulém pětiletém období analýzu sebevražd. Publikace „Sebevraždy v České republice v letech 1960 - 1995“, „Sebevraždy v České republice v letech 1996 – 2000“ a „Sebevraždy v České republice v letech 2001 – 2005“ jsou k dispozici na požádání v krajských pobočkách Českého statistického úřadu a na internetových stránkách www.czso.cz.

6.2 Sebevraždy podle pohlaví

Úmrtí sebevraždou je u mužů trvale více než u žen a to několikanásobně. Vývoj je u obou pohlaví v dlouhodobém srovnání (od vzniku Československa) většinou obdobný; období vzestupu, stagnace či poklesu jsou buď totožná nebo jen mírně se lišící. Předválečné hodnoty jsou velmi vysoké a absolutní maximum bylo pro obě pohlaví v roce 1934 - pro muže 2 942 případů, pro ženy 1 065 případů. Poválečný vývoj je charakterizován vzestupem k vrcholu u mužů v roce 1970 (1 976 úmrtí), u žen o dva roky dříve (900 úmrtí). V následujících letech zemřelých sebevraždou ubývalo u obou pohlaví zhruba stejnou měrou a to až do 90. let.

V následném období se však vývoj údajů dle pohlaví začíná lišit a to nejprve stále výraznějším poklesem počtů u žen než u mužů a v posledním pětiletí dokonce opačným trendem – u žen další pokles, u mužů mírný nárůst. Pětileté období 2001 - 2005 je prvním po 40 letech, ve kterém počet sebevražd u jednoho pohlaví vzrostl a u druhého klesl.

Převaha mužů nad ženami v počtu úmrtí sebevraždou se v posledních letech výrazně prohloubila. Např. údaj roku 2005 je za muže téměř shodný s počtem před deseti roky, za ženy došlo k poklesu o třetinu výchozího počtu. V posledních dvou letech tvoří sebevraždy žen méně než 20 % celku (dosavadní historické minimum bylo v roce 2005 – 18,7 %). V současnosti na jednu sebevraždu ženy připadají více než čtyři sebevraždy mužů (v roce 2005 – 4,4).

²⁸ ČSÚ: Stav a pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2007, předběžné výsledky, ročník 2007, Praha, 2007.

Opačná extrémní hodnota byla v tomto srovnání v roce 1945, ve kterém tvořily sebevraždy žen 35 % celku.²⁹

Tabulka č.1:

Sebevraždy v pětiletých obdobích podle pohlaví

Období	Počet		Průměrný roční počet na 100 tis. obyvatel		Index (předchozí období = 100,0 %)		Podíl žen na celku v %	Počet sebevražd mužů na 1 seb ženu
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy		
1946 - 1950	7 002	3 229	33,0	14,4	x	x	31,6	2,2
1951 - 1955	7 419	3 246	33,1	13,7	106,0	100,5	30,4	2,3
1956 - 1960	8 325	3 708	35,7	15,1	112,2	114,2	30,8	2,2
1961 - 1965	8 286	3 811	35,3	15,3	99,5	102,8	31,5	2,2
1966 - 1970	9 465	4 191	39,6	16,5	114,2	110,0	30,7	2,3
1971 - 1975	9 027	3 842	37,5	15,0	95,4	91,7	29,9	2,3
1976 - 1980	8 003	3 418	32,2	13,0	88,7	89,0	29,9	2,3
1981 - 1985	7 711	3 098	30,8	11,7	96,4	90,6	28,7	2,5
1986 - 1990	7 080	2 894	28,2	10,9	91,8	93,4	29,0	2,4
1991 - 1995	6 915	2 502	27,6	9,4	97,7	86,5	26,6	2,8
1996 - 2000	6 368	1 738	25,4	6,6	92,1	69,5	21,4	3,7
2001 - 2005	6 433	1 590	25,9	6,1	101,0	91,4	19,8	4,0

Nejčastějším způsobem je sebevražda oběšením, to platí jak pro muže tak pro ženy. V dalším pořadí je už u mužů a žen rozdíl, muži mají na druhém pořadí zastřelení a u žen je druhým nejčastějším způsobem sebevraždy otrávení a třetím způsobem je skok z výšky. Ve všech těchto případech většinou hraje hlavní roli drastičnost. Na jednu sebevraždu ženy, připadá pět sebevražd mužů, naproti tomu pokusů je zhruba 3:1 - vyšší počet pokusů o sebevraždu je u žen. Z toho vyplývá, že sebevražedné pokusy u mužů jsou mnohonásobně úspěšnější v jejich dokonání než u žen. Je velice zajímavé, že rozdíl mezi ženami a muži ve výskytu dokonaných sebevražd, je opačný než výskyt sebevražedných pokusů. Ženy o svých osobních problémech a tragediích více hovoří a tím zároveň vyvolávají ve svém okolí, snahu o pomoc, zatímco muži považují mluvit o svých problémech za „nechlapské“. Rozdíl mezi ženami a muži v otázce sebevražednosti může být také v tom, že muži jsou spíše více zahleděni do sebe, zatímco ženy se více starají o druhé, a proto muži mohou páchat „egoistickou“ sebevraždu častěji než ženy.³⁰

6.3 Další statistické faktory sebevražednosti

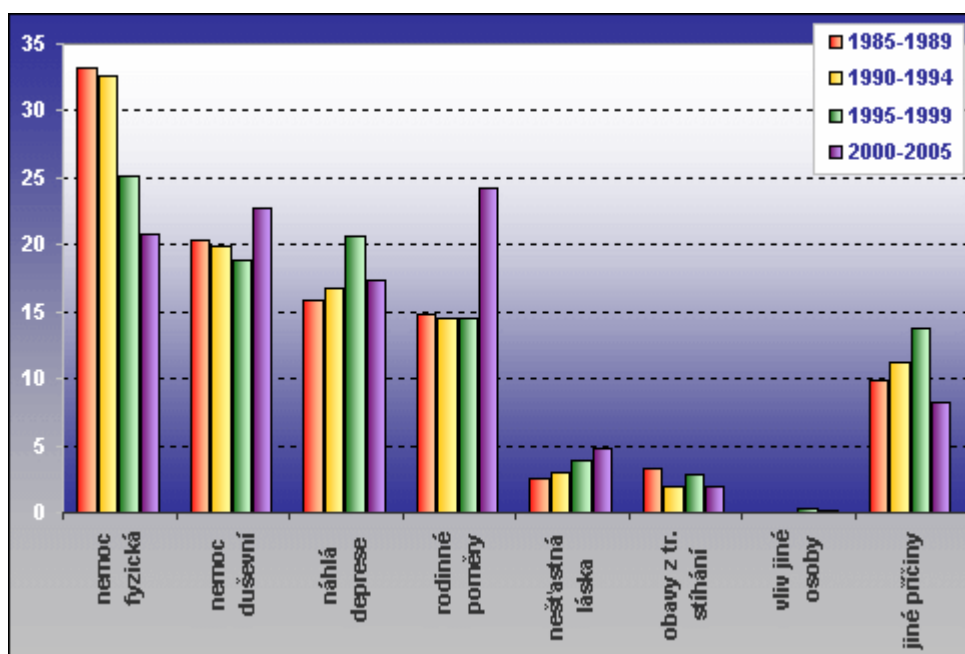
V letech 2000 - 2005 byly nejčastějším motivem sebevražedného jednání **rodinné poměry** (24 % ze všech dokonaných sebevražd se zjištěným motivem), dále pak

²⁹ Tamtéž

³⁰ z pořadu „Ta naše povaha česká – žít či nežít“ vysílané dne 30.10. 2007.

duševní (22 %) a **somatická** (20 %) onemocnění. Pokud bychom však vzali v úvahu i motiv označovaný jako „náhlá deprese“, který rovněž souvisí s duševním stavem, **psychická onemocnění** by se stala se zhruba 40 % podílem nejčastější příčinou sebevraždy. Zároveň je však zhruba čtvrtina úmrtí, u nichž motiv sebevražedného jednání zjištěn nebyl. Tento podíl sebevražd s nezjištěnou motivací se mezi roky 1985 a 2005 zvyšuje, jeho hodnota vzrostla ze zhruba 10 % v letech 1985 - 1989 na současných 27 %.

Graf 1: Sebevraždy podle motivu, v % (obě pohlaví celkem), vývoj v letech 1985 - 2005³¹



Počet sebevražd je **podle věku** rozložen velmi nerovnoměrně. Patrné je zvyšování jejich počtu se stoupajícím věkem a to až k maximu ve věku okolo 50 roků. Přitom ve věku 31 - 35 je ale nárůst přerušen a je možno hovořit i o určitém mírném poklesu (v jednotlivých letech a v jednoletých skupinách věku dochází k výkyvům, ale při shrnutí údajů je uvedený trend patrný). Obdobný pokles byl také v předchozím pětiletém období. Za vrcholem v cca 50 letech již absolutní počty klesají, nejprve prudce, pak mírně, s opětovnou menší změnou trendu (zde tedy do vzestupu) ve věku od 70 do 80 roků (také v tomto případě byl podobný průběh i v předchozím pětiletí). Dále již počet sebevražd s rostoucím věkem klesá.

³¹ www.demografie.info/cz

Tabulka 2:

Sebevraždy podle věkových skupin

Období	Věková skupina:																Celkem
	-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
	celkem																
1996-2000	38	289	523	484	505	602	831	959	843	530	447	501	540	440	295	279	8 106
2001-2005	35	206	426	567	537	610	715	962	989	771	452	359	410	424	317	243	8 023
	muži																
1996-2000	29	235	452	416	437	507	692	772	676	405	333	365	369	318	196	166	6 368
2001-2005	24	164	371	502	456	523	613	789	779	635	349	258	296	295	213	166	6 433
	ženy																
1996-2000	9	54	71	68	68	95	139	187	167	125	114	136	171	122	99	113	1 738
2001-2005	11	42	55	65	81	87	102	173	210	136	103	101	114	129	104	77	1 590

Sociologie se zaměřuje na vysvětlení sebevraždy z příčin vnějších, tedy ze strany společnosti, jíž je jedinec součástí. Zde se navazuje především na Durkheimovu (1897) teorii, která se pojí s tvrzením, že sebevražednost závisí na stupni integrace a regulace společnosti a na účinnosti systému vztahů, které jedince obklopují. Tato integrace může být buď náboženská (silný vliv náboženství, zejména katolického, je chápán jako faktor protektivní z hlediska sebevražednosti), politická (v situacích politické krize se integrace společnosti zvyšuje) či rodinná (integrace je výraznější u osob žijících v manželství než u těch, které žijí osaměle, což spolu s dalšími faktory přispívá k nižší sebevražednosti osob sezdáných ve srovnání se svobodnými, ovdovělými či rozvedenými). **Ze sociálního hlediska** jsou nejohroženější skupinou nezaměstnaní, kteří tvoří z celkového počtu sebevrahů 48 %. Druhou skupinou jsou dělníci (pravděpodobně proto, že tvoří nejpočetnější skupinu obyvatel), počet jejich sebevražd představuje z celkového počtu 23 %.

Mezinárodní klasifikace nemocí (a příčin smrti), která třídí sebevraždy **podle způsobu provedení**, je zhruba v desetiletých intervalech revidována. Kromě skutečných změn ve struktuře sebevražd podle způsobu provedení ovlivňují tedy přesné srovnání v dlouhodobějším časovém úseku i změny klasifikace. Přes toto konstatování je však možno z existujících údajů srovnání základní charakteristik a změn struktury i za delší období odvodit.

Nejvíce sebevražd bylo **provedeno** oběšením s nárůstem o 27 případů (tj. o 3,4 %), skokem z výšky s nárůstem o 37 případů (tj. o 29 %) a zastřelením s nárůstem o 10 případů (tj. o 7,6 %). Stoupl také počet případů utopení o 18 (tj. o 72 %), skoků pod vlak o 17 (tj. o 36 %) a otravy plynem o 9 (tj. o 29 %).

Oproti tomu byl nižší počet otravy jedy o - 25 (tj. o - 32,5 %) a použití sečné zbraně a výbušniny o - 9 (tj. o - 45 %). Alkoholici volí nejčastěji ze způsobů sebevraždy oběšení (75 z celkových 134 případů sebevraždy alkoholiků).

Tab.3:

Počet sebevražd podle způsobu provedení

Rok, období	Otrávením	Oběšením	Utopením	Zastřelením	Ostrým předmětem	Skokem s výše	Skokem nebo lehnutím si před pohyb.se předmět	Ostatní	Celkem
2001	163	930	43	193	57	148	42	47	1 623
2002	162	929	21	164	63	124	31	40	1 534
2003	181	999	25	205	55	154	44	56	1 719
2004	152	981	25	159	45	134	44	43	1 583
2005	152	1 005	26	139	49	117	42	34	1 564
2001-2005	810	4 844	140	860	269	677	203	220	8 023

Při analýze motivace sebevražedného jednání je nutné mít na mysli, že stanovení motivu je obvykle často nejednoznačné a komplikované a nemusí odpovídat reálné motivaci sebevraha. Přesto však lze říci, že jedním z nejvýznamnějších faktorů, které se zde projevují je psychický stav jedince, ať už v podobě závažné psychické poruchy či ve formě aktuálního psychického stavu před samotným rozhodnutím. Poměrně časté jsou i sebevraždy způsobené faktory sociálního prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje v podobě rodinných a sociálních vztahů či aktuální ekonomické situace. Motivace sebevražedného jednání závisí také na pohlaví a věku sebevraha, kdy u žen se sebevražda častěji váže k duševním poruchám, zatímco u mužů převažují rodinné a vztahové problémy. S rostoucím věkem pak přibývá sebevražd motivovaných somatickým onemocněním.³²

³² ČSÚ :Sebevraždy v České republice v letech 2001-2005, Odbor statis. vývoje obyvatelstva, Olomouc, 2006.

7. Včasné odhalení rizika sebevraždy a jeho potlačení

Se zdokonalujícími se lékařskými možnostmi se otevírá mnoho cest jak monitorovat předpoklady jedince se sklony k sebevraždě a na základě lékařských analýz stanovit postup léčby.

Jednou z možností jak odhalit sklony k sebevraždě by měl být rozbor mozkomíšního moku, který by určil koncentrace kyseliny 5-hydroxy-indoloctové. Tato organická kyselina vzniká v mozku rozkladem serotoninu. Pokud je serotoninu málo, klesá i množství jeho rozkladného produktu. Výrazně snížené koncentrace této kyseliny se pak mohou stát předzvěstí narůstající náchylnosti nemocného k sebevraždě. Pomoci by měly genetické testy. Ukazuje se, že někteří lidé mají pozměněn gen kódující enzym, který zajišťuje produkci serotoninu. Tento pozměněný gen byl zjištěn ve zvýšené míře sebevrahů z řad zločinců-alkoholiků a u osob trpících hlubokými depresemi.

V každém případě velké naděje vkládají lékaři do léků, které by navracely úroveň serotoninového rozhovoru v mozku pacienta na obvyklou úroveň. Většinou se jedná o látky, které brání neuronům v tom, aby si nasály zpět serotonin a uskladnily jej ve svém nitru pro další případné použití. Tím, že je přibrzděna recyklace serotoninu, je zvýšena hladina volně cirkulujícího neurotransmiteru a je umožněna potřebná funkce klíčových mozkových center. Lékaři doufají, že by s pomocí těchto preparátů, mohli odvrátit řadu lidí od rozhodnutí dobrovolně ukončit svůj život.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

V úvodu bych ráda uvedla, že moje práce je spíše pilotní sondou než vědecko-výzkumnou prací za účelem statistických výsledků či nalezení řešení pro snížení sebevražednosti u oslovovaných skupin respondentů. Jinými slovy jde o práci informativní, jejíž pojetí je zaměřeno na pocity a změny v myšlení, které nastávají při zásadních životních událostech u zkoumaného vzorku lidí. Jak už jsem uvedla v úvodu teoretické části, téma sebevražednosti mě oslovilo v průběhu studií a také po přečtení knihy T.G.Masaryka (*Moderní člověk a náboženství*, 2000) jsem se o danou problematiku začala více zajímat a výsledkem bylo rozhodnutí zpracovat na toto téma magisterskou práci.

Pro svůj průzkum jsem zvolila dvě skupiny lidí, kteří se ať už vlastním konáním nebo nešťastnou shodou okolností dostali do situace, která nezanedbatelně a u některých nezvratně ovlivnila další průběh jejich života. Jedná se o skupinu vězňů a skupinu vozíčkářů. K myšlence rozhovorů právě se zástupci této části populace, mě přivedl fakt, že obě skupiny, ač svým způsobem naprosto rozdílné, prochází radikální změnou dosavadního způsobu života. Jedni jsou po úrazech či nemocích odkázáni na pomoc druhých a druzí ztrácí odnětím svobody část svojí identity. U obou skupin jsem vzhledem k zásadní změně životního stylu předpokládala vážné zhoršení psychického stavu, které by zákonitě mohlo směřovat k myšlenkovým pochodům hledajícím východisko v sebevraždě.

U skupiny vězňů jsem byla omezena výběrem pěti jedinců, neboť mi ve vězení bylo povoleno strávit pouze 3 dny a dle slov psycholožky, která mě výzkumem v Pardubické věznici provázela, bylo na tuto krátkou dobu 5 respondentů zcela adekvátních. Abych měla možnost srovnání obou skupin, kontaktovala jsem tedy stejný počet vozíčkářů a pro obě skupiny jsem se snažila vytvořit dotazník s podobným stylem položených otázek.

V kategorii uvězněných mě kromě samotného důvodu jejich trestu zajímalo, jak je ovlivnila náhlá změna prostředí, ztráta svobody a odloučení od rodiny a jak celkově přistupují ke svému uvěznění. Dále mě samozřejmě zajímalo, jaký způsob úniku z krizové situace by zvolili a jak se smiřují s nastalou situací.

U skupiny vozíčkářů se pak nabízely otázky na přijetí a přizpůsobení se dané změně, která je ve většině případů neměnná a ovlivní průběh dalšího života. Své otázky jsem také směřovala na vliv psychiatrické a psychologické péče na stav dotazovaných jedinců a na jejich vnímání pomoci psychologů.

Jedním z dalších bodů mého dotazníku byl rozdíl mezi pojmy sebevražda a sebepoškození, ke kterému se jednotliví respondenti vyjádřili velice různorodě.

V rámci celého průzkumu jsem se snažila postupovat obezřetně a citlivě, neboť jsem předpokládala i jsem byla upozorněna, že obě skupiny by mohly neadekvátně reagovat na určité druhy otázek. Nejprve jsem s ohledem na specifickou situaci respondentů vytvořila otázky a přiměřeně dlouhý anonymní dotazník, který jsem pak jednotlivcům poslala elektronickou poštou nebo jim byl předložen pracovníci vězeňské služby. Teprve po vyhodnocení odpovědí a přípravě dalších doplňujících otázek jsem se s respondenty setkala osobně a svým rozhovorem s nimi jsem doplnila již předem vyplněný dotazník.

Svoje dotazníky jsem zpracovala formou kvalitativní. Při kvalitativním přístupu k realitě jsem získala korektní a ucelený obraz skutečnosti. Samozřejmě jsem přihlížela také k tomu, že vychází z mých zkušeností a názorů a může být často velmi subjektivní. Při kvalitativním přístupu jde spíše o charakteristiku jedinečnosti různorodých prvků.

Kvalitativním výzkumem rozumíme výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Nezabývala jsem se matematicko analytickým postupem, jehož výsledkem jsou poznatky odvozené z údajů shromážděných mnoha různými způsoby. Použila jsem metodu dotazníku následného rozhovor spojeného s pozorováním. Snažila jsem se, aby všichni byli ke mně otevření a chtěla jsem zachytit jejich bezprostřední emoce, pocity a samozřejmě zkušenosti.

Jan Hendl, ve své knize Kvalitativní výzkum (2008) uvádí, že někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, jiní zase jako protipól nebo vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě. Kvalitativní výzkum postupně získal v sociálních vědách rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu. Uvádí, že potíží je v tom, že kvalitativní výzkum je široké označení pro rozdílné přístupy. Jak uvádí Hendl (2008) významný metodolog Creswell definoval kvalitativní výzkum takto“ *kvalitativní*

výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník provádí komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách. Zpráva o kvalitativním výzkumu obsahuje podrobný popis místa zkoumání, citace z rozhovorů a poznámek, jež si dělal výzkumník při práci v terénu. Jedny z nejvýznamnějších předností kvalitativního výzkumu jsou. Získáme podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu. Zkoumá se v přirozeném prostředí, dobře reaguje na místní situace a podmínky, můžeme najít souvislosti. „³³

Kvalitativní rozhovor je umění i vědou zároveň. Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu. Zvláštní pozornost je nutno věnovat začátku a konci rozhovoru. Na začátku dotazování je třeba prolomit případné psychické bariéry a zajisti souhlas se záznamem. Zakončení je také velmi důležité, na konci rozhovoru nebo při loučení můžeme získat cenné informace.

Velmi důležitou součástí je také pozorování. Je zcela přirozené pozorovat různé projevy lidí. Rozhovory osahují vždy směs toho, co je, a toho, co si o tom respondent myslí. Pozorování naproti tomu představuje snahu zjistit, co se skutečně děje.

Dovednosti potřebné pro pozorování kvalitativního výzkumu jsou dovednost odstoupit a kriticky analyzovat situaci, rozehnat a vyhnout se zkreslení, získat platné a spolehlivé informace údaje a schopnost abstraktního myšlení. K tomu všemu potřebuje badatel teoretickou a sociální vnímavost, schopnost udržet si analytický odstup a zároveň užívat dřívějších zkušeností a teoretických znalostí k interpretaci toho, co vidí. Musí být všímavý pozorovatel a musí mít dobré komunikační schopnosti.³⁴

V praktické části svojí práce jsem čerpala z rozhovorů s vězni Pardubické věznice a s vozíčkáři z Pardubického kraje.

³³J.Hendl:Kvalitativní výzkum.Portál, Praha, 2008 , s. 47-51.

³⁴ A. Strauss,J.Corbinová :Základy kvalitativního výzkumu.Albert, Boskovice, 1999, s. 11.

1. ROZHOVORY S VĚZNI

Rozhovorům s vězni předcházela dlouhodobá příprava. Nejprve jsem musela požádat ředitelství věznice o povolení ke vstupu. Podmínky pro vpuštění do věznice byly pouze dvě: trestní bezúhonnost a důvod návštěvy a rozhovorů s vězni. Dále jsem musela specifikovat, o čem budu s vězni mluvit a přesně rozvést téma své diplomové práce. Následovala schůzka s psychologkou, která mě seznámila s celkovým chodem věznice a sdělila mi obecné informace týkající se sebevražednosti v pardubické věznici. Ve většině případů se jedná o sebevraždy demonstrativní, definované jako účelové jednání a ne přímo za účelem ukončení života. Nejčastějšími způsoby jsou podřezání a oběšení. Co mě na rozhovoru s psychologkou překvapilo, byl fakt, že většina pokusů o sebevraždu je z administrativních důvodů oficiálně definována jako „mimořádná událost“ nebo „sebepoškození“, čímž podle mého názoru dochází ke značnému zkreslení statistických informací z této oblasti.

Psycholožka si ponechala právo výběru osob, se kterými mi povolí rozhovor provést. Snažila se vybrat lidi s různými pohledy na sebevraždu a na základě mého požadavku byli vybráni prvovězni. Důvodem byl fakt, že při prvním uvěznění je tlak na psychiku silnější, než při opakovaném nástupu trestu, kdy člověk vstupuje do relativně známého prostředí. Sdělila mi o nich však pouze základní informace, což je samozřejmě z hlediska etiky správné, nicméně skutečnost, že ani ona sama nemá přístup k informacím o jednotlivých případech z období před uvězněním, mi připadá z hlediska jejího povolání kontraproduktivní.

Byla mi poskytnuta místnost, kde mi jednotliví odsouzení nejprve postupně vyplnili dotazník (viz příloha). Tento dotazník jsem poté zpracovala a připravila si doplňující otázky k nejpodstatnějším bodům. Následující den jsem se s dotazovanými opět setkala a pozorovala jejich verbální i neverbální reakce na mé otázky. Zaměřila jsem se i na popis jednotlivých osob a to jak jejich celkového vzhledu, tak i mého subjektivního pocitu z jejich chování a výrazu. Psycholožka byla po celou dobu přítomna a všimla jsem si, že vězni se k ní často obraceli pro jakýsi souhlas či přitakání a určité uklidnění, což je doloženo i jejich výpověďmi.

1.1 Anonymní dotazník věznic

Důvod 1. uvěznění.....

Věk

- 1) jak dlouho jste ve vězení, kolik let či měsíců Vám ještě zbývá do ukončení výkonu trestu?
- 2) co si myslíte o sebevraždách?
 - a) odsuzuji b) nikdy bych to neudělal c) mohou nastat situace, kdybych o tom uvažoval
- 3) přemýšlel jste někdy o tématu sebevraždy v době před uvězněním
- 4) přemýšlel jste někdy o tématu sebevraždy v době po uvěznění
- 5) stál jste někdy před otázkou, zda-li sebevraždu spáchat nebo ne co bylo důvodem uvažování o sebevraždě, co bylo příčinou toho, že jste sebevraždu nespáchal?
- 6) zvažoval jste někdy, jaký způsob sebevraždy byste zvolil
ano, ne a jakým způsobem
- 7) pokusil jste se někdy o sebevraždu?
ano, ne, kolikrát
- 8) vyhledal jste někdy sami kontakt nebo pomoc psychologa nebo psychiatra?
- 9) pakliže ano, pomohl Vám a v čem?
- 10) V případě, že jste nevyhledal odbornou pomoc, pomohl Vám někdo v podobné situaci, jako jste vy v tomto období?

11) Pokusil jste se někdy o sebepoškození, pokud ano jakým způsobem?

V následující kapitole bych se ráda shrnula své dojmy a závěry z rozhovorů s odsouzenými.

Ráda bych zmínila vlastní pocity při absolvování rozhovorů ve věznici. Shrnutí toho, jak na mě působila nejen celková návštěva, ale i pocity, které jsem měla absolvování rozhovorů.

1.2 První respondent

Byl odsouzen za podvod, přičemž ve výkonu trestu je již 8 měsíců a do ukončení trestu zbývá 52 měsíců. Je to nejstarší z dotazovaných vězňů (48 let) a zároveň jediný, který sebevraždu odsoudil, přičemž se však sám o tento způsob ukončení života pokusil. Tento pokus nijak nesouvisel s trestnou činností, nýbrž s osobními důvody, odehrával se v době před samotným uvězněním, jako východisko ze zdánlivě neřešitelné situace. Dnes to důrazně odmítá a odsuzuje. Svůj pokus o sebevraždu (vážně myšlena, ale zkratové jednání, formou předávkování medikamenty) vnímá jako zlomový bod svého života. Jako důvod uvedl zhroucení a ztrátu víry v sebe, přičemž k překonání nejhorších stavů a znovunabytí ztracené víry dospěl po setkání s lidmi s tělesnými handicap. Uvědomil si, že lidé bojují s mnohem horšími životními situacemi, než ve které se nacházel on a začal své problémy řešit jinak. Sám vyhledal psychiatrickou pomoc, jeho psychický stav se podle jeho úsudku rapidně zlepšil a on chápe léčbu psychiatrů jako přínosnou. Rodinu mu na druhou stranu nebyla žádnou oporou. Tento vězeň byl také jediný, který byl po nástupu trestu schopen vnímat určitá pozitiva vězeňského prostředí. Cítil psychickou úlevu, věděl, na čem je a uváděl, že pociťoval vězení jako jakýsi druh řešení. Po dlouhé době měl pocit nějaké jistoty a myšlenky na sebevraždu zcela vyloučil. Působil na mě vyrovnaně a v jeho případě bych uvěznění nepopsala jako krizovou situaci, ale jako východisko z jeho předešlých životních událostí. Zajímavostí na jeho odpovědích pro mě bylo jeho chápání rozdílu mezi sebepoškozením a sebevraždou, přičemž první zmíněné chápe jako alkoholismus, kouření, případně i tetování (ve vězení) a jednání jako polykání předmětů a lámání částí těla sám nazval jako demonstrativní a manipulativní jednání.

Popis

Vyšší postavy, štíhlý, krátce střižené vlasy, lehce prošedivělé, unavený výraz. Působil na mě mile, vyrovnaně, inteligentně, s jasnou představou o životě.

Neverbální projevy:

Zpočátku zkřížené ruce i nohy, lehká nervozita, postupem času se uvolňoval, horní polovina těla se otevřela, nervozita ustoupila a postupně jsem získávala jeho důvěru. Důležitý byl jeho přímý oční kontakt. Nejprve se díval na mě a poté přecházel pohledem na psycholožku v očekávání její souhlasné reakce. Nepoukazuje toto chování na závislost na autoritě? Často zapojoval do rozhovoru ruce a gesta, což samo o sobě svědčilo o jeho uvolněnosti.

Verbální projev:

Vysoká úroveň projevu, široká slovní zásoba, projev klidný, přemýšlivý, zaznamenala jsem skutečný zájem o jeho rozhovor a viděla jsem, že po vyplnění dotazníku předešlého dne o tématu přemýšlel.

1.3 Druhý respondent

Je ve výkonu trestu za pojistný podvod, přičemž mu ze 10tíměsíčního trestu zbývá 6 měsíců výkonu trestu. Je mu 36 let a se svým uvězněním se naprosto nesmířil a vnímá svůj trest jako křivdu. Sám mi řekl, že členové jeho rodiny trpěli a trpí maniodepresemi a stejně tak on se s touto nemocí léčil. Uvězněný nechápe své uvěznění a tvrdí, že má důkazy o své nevině.

První pokus (předávkování medikamenty) o sebevraždu byl spojen s rodinnými problémy a s již zmíněnou maniodepresivní psychózou, kterou potvrdila i sama psycholožka (vězeň je léčen medikamenty). Druhý, dlouhodobě plánovaný a pečlivě promyšlený pokus o sebevraždu a v podstatě i vraždu proběhl v době rozsudku, kdy obviněný nesouhlasil s výrokem soudu a jako protest proti systému a upoutání pozornosti plánoval vraždu soudkyně, která naštěstí byla v době jeho pokusu mimo kancelář, a následně chtěl spáchat sebevraždu oběšením, kterou viděl jako jediné jisté řešení a kterou by dále demonstroval svůj nesouhlas se svým odsouzením.

Po nástupu do věznice došlo dle jeho slov k velkému zhoršení jeho psychického stavu, ačkoliv mu lékaři dali správnou léčbu proti maniodepresi, ale samotné uvěznění vyvolalo zhoršení depresí pod nátlakem vědomí, že ze situace není východiska. On sám se dle svých slov cítí každý den hůře a hůře, ale sebevraždu už vylučuje. Ta pro něho znamenala manifestaci, upozornění nebo únik před trestem, ale v momentě uvěznění ztrácí tento čin význam a hlavním bodem jeho snažení je prokázání nevin.

Po méj konzultaci s psychologkou jsem došla k názoru, že v jeho případě je důležitější psychiatrická léčba medikamenty, než pouhá psychoterapie. Velkou podporou mu jsou hlavně stejně postižení blízký příbuzní, z nichž někteří mají také sebevražedné sklony, ale nejbližší rodina ho v jeho situaci nepodpořila. Dále uvedl, že se sám pokusil předávkovat léky, což vysvětluje jako pokus o sebepoškození.

Popis:

Vyšší, plnoštíhlé postavy, velmi krátké, tmavé vlasy.

Neverbální projevy:

Na počátku rozhovoru spojené ruce – pravděpodobná snaha o udržení energie a dodání sebedůvěry. Časté houpání na židli naznačující nervozitu. Poutá k sobě pozornost psychologa pohledem. Při rozhovoru často přerušuje oční kontakt. Snížené mimické projevy. V žádné fázi rozhovoru nebylo možné vyčíst z jeho obličeje výraznější emoce.

Verbální projevy:

Zadrhávání v řeči. Hledání slov. Často zpožděné reakce (mírná latence vyvolaná léky). Popis vraždy zcela bez emocionálního doprovodu. Téma o podříznutí soudkyně nebo rozhovor o dětech, vše komentuje bez emocí a jakoby šlo o triviální záležitosti. Barva hlasu a intonace je velice monotónní.

1.4 Třetí respondent

(26 let), který byl odsouzen za podvod a zpronevěru, bylo a je téma sebevraždy stále aktuální a chápe ji jako řešení nastalé situace. Často o sebevraždě mluví,

nikdy se o ni však nepokusil. Ve vazbě je od konce roku 2008 a zbývá mu 7 měsíců trestu.

Myšlenkami se stále vrací do doby před uvězněním, kdy pracoval jako řidič ambulance a zážitky z této práce ho odrazují od dokončení plánovaného ukončení vlastního života. Ačkoliv se v době rozsudku dle jeho slov zhoršil jeho psychický stav nejvíce, jeho myšlenky na sebevraždu ustoupily a vrátily se s příchodem vyhocené situace v „oddíle“. V té době si začal plánovat přesný postup sebevraždy, o které se v průběhu rozhovoru vyjadřoval jako o bilanční sebevraždě a celkově ji popisoval velmi sofistikovaně. Řešením jeho stavu a problémů byla z jeho pohledu pomoc vězeňského psychologa, který ho po konzultaci doporučil přesunout na jiné oddělení věznice, kde došlo k mírnému zlepšení jeho psychického stavu. Před i po uvěznění byl v péči psychiatrů a byla mu diagnostikována emočně nestabilní porucha osobnosti – hraničního typu, přičemž rodina mu s jeho stavu nepomohla. Jeho slova dokazuje jeho chování v průběhu rozhovoru, které působilo hysterií. On sám se dále zmiňuje o své sexuální orientaci, přičemž popírá její negativní vliv na stav své psychiky. Nicméně, právě tato orientace by dle mého názoru mohla s jeho nevyrovnanou osobností úzce souviset. Neboť přímou úměrou s jeho zarytým přesvědčováním o svém naprostém vyrovnaní se se svou orientací, rostlo mé podezření, že nepřesvědčuje mě, ale sám sebe. Při otázce na sebepoškození odpovídá se zájmem. Sebepoškození chápe jako činnost zanechávající stopy a nazývá ji úchylkou.

Popis:

Vyšší, plnoštíhlé postavy. Působí upraveně. Velmi krátké světlé vlasy. Výrazné brýle.

Neverbální projevy:

Motorický neklid. Výrazná gestikulace. Přehnané projevy emocí. Působí velmi afektovaně. Strhává na sebe pozornost. Teatrální výstupy a popisy situací a pocitů. Výrazná mimika v obličeji. Testování mé důvěry otázkami typu – „Umíte si to představit?“, „chápete to?“, „vidíte to stejně?“

Verbální projevy:

Široká slovní zásoba. Velmi pohotové odpovědi. Časté utíkání od tématu ve snaze podat co nejvíce odpovědí a informací. Jeho projev působil tak, že se rád poslouchá. Často strhával pozornost na své aktuální problémy. Na otázky odpovídá okrajově a prosazuje své vlastní myšlenky a témata.

1.5 Čtvrtý respondent

Odsouzený za podvod a zpronevěru odsuzuje sebevraždu a nikdy se o ni nepokusil. 21 měsíců trestu má za sebou a 19 mu zbývá. Tento dotazovaný byl v otázce sebevraždy velmi nekompromisní. Ve vězení se setkal s mnoha případy pokusu o sebevraždu a při vyplňování mého dotazníku nad tématem uvažoval, ale upozornil mě na to, že ne ve spojitosti se svou vlastní osobou, ale se subjektivním názorem na druhé. Stejně jako u většiny vězňů, došlo po nástupu trestu i u něho ke zhoršení psychického stavu následkem nezvladatelného stesku po rodině a dětech. Navštívil však vězeňského psychologa, na kterého reagoval velmi dobře a začal se zajímat i o další formy terapie, jako například skupinová sezení. Z jeho projevu byla patrná velká fixace na rodinu, hlavně děti, kterou uvedl jako hlavní důvod rázného odmítání sebevraždy. Sebepoškození potom chápal jako způsobení si bolesti a nazývá ho úchylkou či deviací.

Po rozhovoru s psycholožkou jsem si však položila otázku, zda by rapidní úbytek váhy, při odpírání si vězeňské stravy, nemohlo být možným příznakem sebepoškozování v důsledku pocitu viny vůči nezajištěné rodině, kdy respondent nemohl unést skutečnost, že on by se měl mít v takovéto situaci lépe, než jeho vlastní rodina.

Popis:

Střední, štíhlá postava. Tmavé, polodlouhé vlasy. Patrná zvýšená péče o vlastní fyzický vzhled.

Neverbální projev:

Široký, otevřený postoj. Až lehce žoviální. Žádné známky nervozity. Uvolněnost. Bez tenze. Častá změna polohy těla, ale vždy otevřená. Stálá snaha o oční kontakt. Velmi přívětivý.

Verbální projevy:

Snaha zapůsobit dobrým dojmem, zalíbit se. Průměrná slovní zásoba. Na otázky odpovídal se zájmem až nadšením a sám se dožadoval prodloužení hovoru.

1.6 Pátý respondent

Nejmladší respondent (20 let), který jediný spáchal násilnou trestnou činnost a podvod, se o sebevraždu již třikrát pokusil a chápe ji stejně jako většina sebevrahů jako únik z krizové situace jak také uvádí Verena Kastová ve své knize (2000). Z 36tíměsíčního trestu má za sebou 20 měsíců. Pokud dojde ke zvýšenému tlaku na jeho psychiku, nedokáže mu čelit. Již v době před uvězněním byl psychicky nevyrovnaný a jeho první pokus o sebevraždu neměl žádnou spojitost s jeho trestnou činností. Tento pokus byl spojen s problémy ve vztazích. Příčinou druhého pokusu byly zhoršené psychické problémy v době vazby, a jak on doslova uvedl „moc myšlenek“, nejistota ve vazbě a očekávání dalších dvou rozsudků. Mezi vazbou a výkonem trestu došlo k určitému uvolnění díky vědomí a určité jistotě o tom, co se bude dít. Třetí pokus o sebevraždu proběhl při výkonu trestu, přičemž byl znovu vyvolán snahou uniknout z nastalé situace.

Svoje pokusy o sebevraždu označoval za vážně myšlené a i ze způsobu realizace vyplývá, že se nejednalo o pokusy demonstrativní. Jediným důvodem selhání jeho sebevražedných snah je špatné technické provedení, příklad: při oběšení došlo ke zlomení větve, připravené léky na předávkování byly v nesprávném poměru vůči jeho tělesné stavbě. Způsoby sebevraždy měnil z důvodu jejich předchozí, neúspěšné aplikace. Každému pokusu o sebevraždu předcházela z jeho pohledu neřešitelný problém, a ačkoliv se v některých případech jednalo z hlediska zdravého člověka o banální situaci, pro něj šlo o nezvratný důvod k sebevraždě. Sám od sebe nevyhledal nikdy ničí pomoc s tím, že nechce zatěžovat okolí a s přesvědčením, že mu stejně nikdo nepomůže a on si vše musí vyřešit sám. Předpokládaný neúspěch ve vyhledání pomoci vidí ve své málomluvnosti, nedůvěře k lidem a v přesvědčení, že rozhovor s kýmkoliv vidí jako bezpředmětný. Sebepoškozování definuje jako podřezání žil, což je pravděpodobně ovlivněno terminologií věznic. Z vlastní zkušenosti uvádí, že fyzická bolest otupuje myšlenky a vyvolává uvolnění.

Popis:

Štíhlý, vysoký, tmavý, krátké vlasy. Upravený vzhled.

Neverbální projevy:

Posed s rukou za poutkem u kalhot jsem si vyložila jako jakýsi silácký postoj, který šel ruku v ruce s tím, o čem mluvil. Ale v momentě změny konverzace k tématu sebevraždy se začal dotýkat zavázaného zápěstí po posledním pokusu o sebevraždu a jeho tělo se dostávalo do strnulého postoje. Jeho mimika byla naproti tělu velmi výrazná. Stále se snažil o oční kontakt, a když velmi znervózněl, tak zcela znehybněl.

Verbální projevy:

Slabá slovní zásoba. Snížené vyjadřovací schopnosti. Z jeho reakcí jsem vnímala pomalejší vytváření úsudku.

1.7 Shrnutí rozhovorů s vězni

Po provedených rozhovorech jsem došla k závěru, že uvěznění nemá žádný zásadní vliv na změnu pohledu na sebevraždu a témata s ní spojená.

Když se zamyslím nad svými respondenty z vězení, dá se říci, že moje návštěva pro ně byla určitým zpestřením jinak šedivých, jednotvárných dní. Sama jsem na nich poznala, že měli snahu o všem přemýšlet a o svých dosavadních zkušenostech se mnou hovořit. Až na výjimky se nestalo, že by se mnou o něčem nechtěli mluvit.

Setkala jsem se s prvovězni, kteří nebyli ve vězení první týden, ale jejich trest se ani zdaleka nechýlil ke konci. Dozvěděla jsem se, že u všech vybraných účastníků mého průzkumu měl pobyt ve věznici, podle mého subjektivního pocitu, určitý vliv na jejich psychiku. V několika případech došlo ke značnému zhoršení a museli sami vyhledat pomoc psychologa, ale často jim byla oporou spíše rodina než medicína.

K určitému zhoršení jejich psychického stavu došlo vždy, ale podle mého úsudku z odpovědí od respondentů, bylo toto zhoršení často spojeno s jejich problémy, které měli již před uvězněním. Někteří dotazovaní měli sebevražedné sklony již před nástupem trestu a to často z důvodu psychických poruch a lability. Ostatní neměli žádné poruchy, nicméně u žádného z respondentů nemělo samotné uvěznění zásadní vliv na změnu uvažování o sebevraždě. Ve většině případů se jejich názor a postoj k sebevraždě po uvěznění nezměnil. Všichni přišli do styku s jinou zkušeností, která měla a má vliv na jejich další vývoj. S určitostí má také vliv na jejich nový pohled na svět, ale jejich názory na dobrovolný odchod ze světa nezměnily, ačkoliv se ve vězení s pokusy o sebevraždu často setkali.

V jednom případě došlo po uvěznění podle slov respondenta k rapidnímu zlepšení jeho psychického stavu, neboť samotné uvěznění pro něho představovalo jakousi zastávku a donutilo ho k zamyšlení se nad dosavadním životem a rozmyšlením si, co bude dál. On sám tedy viděl ve svém trestu určité pozitivum, díky kterému vybočil ze stereotypu svého života a dostal impuls i čas k tomu, aby si promyslel nezbytné kroky vedoucí ke změně svého dosavadního života.

Z jednotlivých rozhovorů jsem vydedukovala, že pro tyto lidi je velice důležitá rodina a zázemí. Možnost mít se kam vrátit. Na druhé straně v několika případech byl fakt, že rodina za nimi stojí a pomáhá jim, spíše přitěžující okolností s negativním dopadem na jejich psychiku. Přemýšleli o tom, že rodina zůstala doma, bez prostředků nebo bez otce od rodiny. Rodiny se jim snažily pomoci a uvězněným se zvyšoval pocit viny, za to, že je nechali doma se všemi starostmi a problémy.

Ti, co se již o sebevraždu pokusili, byli schopni se mnou o tom otevřeně mluvit.

Jedna z otázek, kterou jsem zařadila spíše z vlastní zvědavosti, byla otázka ohledně sebepoškozování. V odpovědích byli dotázaní velmi ovlivněni pobytem ve vězení, kde se setkali s pokusy o sebevraždu, které jsou ve vězeňském prostředí definovány jako sebepoškozování. Zejména demonstrativní pokusy o sebevraždu jsou považovány za sebepoškození spíše než za snahu o ukončení života. Otázkou je, zda toto pojetí není zavádějící.

Někteří jedinci vnímali jako sebepoškozování i tetování, které bývá v daném prostředí častým jevem.

1.7.1 Rozbor konkrétních otázek z dotazníku

Otázka: Jak dlouho jste již ve vězení, co bylo důvodem uvěznění, kolik Vám zbývá do ukončení trestu?

Z porovnávaného vzorku jedinců byli všichni prvovězni. Čtyři z nich byli uvězněni za podvody a zpronevěry a jeden za násilnou trestnou činnost. Všichni dotazovaní mají méně než polovinu trestu za sebou a většině ještě více než půl roku zbývá. *Podle informací mluvčího Vězeňské služby ČR Roberta Káčera se v celé republice loni chtělo, ať už ve vězení nebo ve vazbě, zabít 68 lidí, což je o 9 méně než v roce 2007. „Dokonaných sebevražd české věznice za rok 2008 evidují 13,” řekl Káčera.*³⁵

³⁵ V ruzyňské vazební věznici se oběsil muž z Prahy: <http://tn.nova.cz/zpravy/cernakronika/v-ruzynske-vazebni-veznici-se-obesil-muz-z-prahy.html> (vyvěšeno 17.6.2009, staženo 19.6.2009).

Otázka: Co si myslíte o sebevraždě?

Dva respondenti sebevraždu radikálně odsoudili a tři z nich uvedli, že mohou nastat situace, kdy by o ni uvažovali. Tito tři vězni se zároveň o sebevraždu buď již v minulosti pokusili, nebo o ni vážně přemýšleli. Všichni tři měli určité osobní nebo pracovní a psychické problémy již před uvězněním. Jeden z respondentů, který sebevraždu odsuzuje má silný vztah k rodině a uvedl, že by sebevražda byla slaboštvím a ublížila by rodině a blízkým lidem. Druhý z nich se o sebevraždu již pokusil, ale pochopil, že takto se problémy vyřešit nedají. Podle statistiky, kterou uvádí Baštecká (2003), jsou pokusy o sebevraždu spíše ženskou záležitostí, a u mužů jsou spíše dokončené sebevraždy.³⁶

Otázka: Uvažovali jste o sebevraždě před uvězněním?

Otázka číslo tři souvisí s druhou otázkou dotazníku. Čtyři dotazovaní, kteří se o sebevraždu pokusili, pravdivě uvedli, že o ní již před uvězněním přemýšleli. Jen jediný respondent má k tomuto činu odmítavý postoj po celý život.

Otázka: Uvažovali jste o sebevraždě po uvěznění?

Otázka číslo čtyři přímo navazuje na předchozí odpovědi. Tři dotázaní uvedli, že v době uvěznění stejně jako před ní se k možnosti sebevraždy přikláněli a přemýšleli o ní. Další respondent o sebevraždě nepřemýšlel nikdy a poslední změnil svůj postoj již před uvězněním, tudíž ve vězení o dobrovolném ukončení života již nepřemýšlel.

Otázka: Stáli jste před otázkou zda-li sebevraždu spáchat, a co bylo důvodem, že nebyla dokonaná?

Z pěti respondentů se jak už vyplývá z předchozích odpovědí, čtyři dotázaní o sebevraždu pokusili a jeden ji radikálně odmítá.

Jedinec, který sebevraždu odmítá, uvádí jako důvod svou lásku a pouto k rodině.

Další tři respondenti spáchali pokus o sebevraždu na základě určitých psychických problémů, jeden z nich trpící maniodepresivní psychózou se nedokázal smířit s rozsudkem soudu, další po zhroucení partnerského vztahu a

³⁶ B. Baštecká, Klinická psychologie v praxi, Portál, Praha, 2003.

poté dvakrát ve vazbě a poslední po ztrátě víry sám v sebe, ke které dospěl po určitých pracovních neúspěších. Podle Baštecké (2003) jsou jedním z nejčastějších důvodů sebevraždy faktory biologické, jako např. nemoc v rodině. Také uvádí, že nejčastější diagnózou u mužů je hraniční porucha osobnosti. S tímto případem jsem se ve vězení setkala já sama. Poslední z respondentů, který o sebevraždě vážně uvažoval, se o ni na rozdíl od ostatních nepokusil, neboť nakonec vždy našel důvod žít dál. Pokusy o sebevraždu, s kterými jsem se setkala ve vězení, bych z převážné části zařadila do skupiny spíše bilančních sebevražd, jak o nich píše Josef Viewegh (1996), kde uvádí, že bilanční sebevražda se dotýká smyslu života a osobní stupnice hodnot, více o bilanční sebevraždě viz kapitola 4(druhy sebevražd).

Respondenti sebevraždu většinou nedokončili buď kvůli pocitům v daném okamžiku nebo poněkud paradoxně z důvodu nedokonalé přípravy a provedení.

Otázka: Zvažovali jste, jaký způsob sebevraždy by jste zvolili?

Většina z nich by volila nebo v minulosti zvolila způsob předávkování léky. Další možností u jednoho z respondentů, který se o sebevraždu neúspěšně pokusil, bylo oběšení a podřezání žil a právě u něho došlo k selhání způsobů provedení.

Dva respondenti se o sebevraždu nepokusili nikdy, až jeden z nich o tom často přemýšlel. Jeden z vězňů se pokusil jednou a dva několikrát.

Otázka: Vyhledali jste někdy sami pomoc psychologa a psychiatra?

Pouze jeden z dotázaných, který se o sebevraždu pokusil již třikrát (nejvíce pokusů), nikdy sám od sebe pomoc psychologa ani psychiatra nevyhledal. O důvodu se široce nezmínil, jen uvedl, že nerad obtěžuje okolí. Otázkou je, zda pomoc psychologa právě v jeho případě nebyla na místě. Zbývajících čtyři respondenti psychologa nebo psychiatra navštívili z vlastní iniciativy.

Otázka: Pomohla Vám odborná pomoc?

Ti z respondentů, kteří psychiatra nebo psychologa navštívili, se shodují v tom, že pro ně byl tento druh lékařské péče přínosem a hodnotí ji velmi pozitivně. Z toho vyplývá, že péče psychologa a psychiatra ve vězení je nezbytná a měla by být samozřejmostí.

Otázka: Jestli Vám pomohl někdo ve stejné situaci?

Všichni dotázaní uvedli, že rozhovory se spoluvězni neměli na změnu jejich psychického stavu výrazný vliv. Naproti tomu pro ně byla velkou oporou rodina. Z jejich odpovědí dedukuji, že rozmluva s lidmi ze stejného prostředí je v tomto případě bezpředmětná.

Otázka: Zda se pokusili o sebepoškození a jak by ho definovali?

Nikdo z respondentů se o úmyslné sebepoškození v pravém slova smyslu nepokusil. Jeden z nich proto, že dle svých slov nemá rád bolest. Dva jedinci považovali poněkud mylně své pokusy o sebevraždu za sebepoškození, pravděpodobně v důsledku vlivu vězeňské terminologie.

2. ROZHOVORY S VOZÍČKÁŘI

Příprava na rozhovory s vozíčkáři pro mě byla časově i psychicky náročnější. Při výběru respondentů jsem se obrátila na známého člověka, který se v prostředí jiných vozíčkářů pravidelně pohybuje. Od něho jsem získala kontaktní údaje na Centrum vozíčkářů v Pardubicích. Kontaktovala jsem tedy ředitele této organizace, který je sám na vozíku a požádala ho o výběr několika vhodných kandidátů na rozhovor. Netušila jsem, že i on sám bude mít problémy někoho najít. Poukázal na to, že si není jist, zda jsou lidé schopni a připraveni se mnou o daném tématu mluvit. Několik potenciálních respondentů se se mnou odmítlo setkat právě z toho důvodu, že na podobný rozbor své situace nejsou připraveni a nemají chuť se o „tom“ bavit. Další překážkou, kterou jsem snad i předpokládala, byla jakási apatie vůči jakýmkoliv dotazníkům. Respondenti uváděli, že se každý měsíc setkají s tolika dotazníky, že si připadají jako nějaký zkoumaný vzorek. Proto jsem volila cestu přes známého, který mě seznámil s dalšími vozíčkáři.

Lidé na vozíku prochází od zjištění svého změněného fyzického stavu několika stádií psychického vývoje a v některých případech by rozhovor o tématu sebevražda mohl být velmi kontraproduktivní a mít negativní dopady. Při přípravě a vlastním vytvoření dotazníku jsem požádala o radu člověka, který je již několik let na vozíku a ví, jak se moje cílová skupina lidí cítí. Bylo nutné volit vhodná slova a vložit do dotazníku citlivý přístup.

S dalšími vozíčkáři jsem pak pokračovala jiným způsobem. Nejdříve jsem je zkontaktovala a poslala jim dotazník přes internet, později jsem si podle odpovědí, které mi byly zaslány, připravila otázky a navštívila samotné respondenty. Při osobním setkání jsem se snažila upřesnit jejich odpovědi a pozorovala jsem jejich reakce na dané téma. Někdy jsem sama viděla, že otázky mnou kladené jim jsou nepříjemné a bylo vidět, že nebyli se svou situací srovnáni. Snažila jsem se být velice opatrná a taktická.

2.1 Anonymní dotazník vozíčkáři

Věk

1) důvod upoutání na vozík

2) v kolika letech přišel úraz nebo onemocnění

a) odsuzuji b) nikdy bych to neudělal c)mohou nastat
situace,kdybych o tom uvažoval

4) přemýšlel jste někdy o tématu sebevraždy v době před úrazem nebo onemocněním

5) přemýšlel jste někdy o tématu sebevraždy v době po úraze nebo onemocněním

6) stál jste někdy před otázkou zda-li sebevraždu spáchat nebo ne

co bylo důvodem uvažování o sebevraždě, co bylo příčinou toho, že jste sebevraždu nespáchal

7) zvažoval jste někdy, jaký způsob sebevraždy byste zvolil
ano, ne a jakým způsobem

8) pokusil jste se někdy o sebevraždu
ano, ne, kolikrát

9) vyhledal i ste někdy sami kontakt nebo pomoc psychologa nebo psychiatra

10) pakliže ano pomohl Vám a v čem?

11) V případě, že jste nevyhledal odbornou pomoc, pomohl Vám někdo v podobné situaci, jako jste vy v tomto období

12) Pokusil jste se někdy o sebepoškození, pokud ano jakým způsobem, můžete mi popsat, co si představujete pod pojmem sebepoškození

Kterému j v této době 47 let, se kterým jsem se setkala, je na vozíku již 30 let a to po úraze způsobeným skokem do vody. Setkala jsem se s ním u něho doma.

Když jsem ho navštívila, působil velice uvolněně. Jeho postoj k sebevraždě byl jasný. Nikdy před ani po úraze by se o sebevraždu nepokusil. Toto téma mu bylo zcela cizí. V době po upoutání na vozík mu lékaři dávali naději, takže téma sebevraždy neřešil. Svoji situace si v plné váze uvědomil až později v době poúrazového léčení, kdy už byl podvědomě s danou situací smířen a vyrovnán. V tehdejších lékařských poměrech nebyl psycholog a psychiatr samozřejmostí jako dnes a jeho jedinou psychickou oporou byla rodina a přátelé. On sám se zamýšlel především nad vyřešením své budoucnosti a materiálních záležitostí spojených se změnou jeho pohybového aparátu. Pomoc psychologa nebo psychiatra nepovažuje ani zpětně za nepostradatelnou a svou rodinu vnímá jako nejdůležitější podporu.

Sebepoškození vnímá jako mlácení, řezání a způsobování si bolesti a nikdy by k takovému kroku nepřistoupil.

Jednu z otázek kterou jsem u vozíčkářů pokládala s větším důrazem, byla, jaký způsob sebevraždy by volili vzhledem ke svému postižení.

Odpovědí na mou otázku byl způsob plyn a prášky. Respondent mi pověděl, že to je to nejjednodušší vzhledem k jeho postižení a omezení.

Popis:

Menší, středně silné postavy. Krátce střižené vlasy.

Neverbální projevy:

Působil na mě otevřeně, ale vyhýbal se přímému očnímu kontaktu. Očima těkal a nervozita se projevovala i popojížděním s vozíkem. Mnul si ruce a často si podpíral hlavu rukou, ve snaze vzpomenout si na dávné pocity spojené s úrazem. Přes domnělou nervozitu vyjádřenou pohybem, působily jeho odpovědi vyrovnaně a smířeně.

Verbální projevy:

Velmi mě zaujalo, že o svém úrazu během rozhovoru často vtipkoval a zlehčoval celou svou situaci. Snažil se mi odpovědět dle pravdy, ačkoliv bylo znát, že minulost je pro něho zapomenuta nebo podle mého soudu potlačena. Pauzy mezi otázkou a odpovědí byly dlouhé, ale nakonec si celou situaci zpětně vybavil.

2.3 Druhým respondentem

Se kterým jsem se setkala, byl muž, který měl v 17 letech úraz páteře, dnes je mu 34 let. Svůj úraz si přivodil skokem do vody. Jeho postoj v otázce sebevraždy byl radikální. Na mou otázku odpověděl velmi nesmlouvavě, že by to nikdy neudělal. Jak sám uvedl, po úraze neměl žádné myšlenky na sebevraždu. Po vyjádření lékařů se domníval, že jeho ochrnutí je dočasné. Proto toto téma vůbec neřešil. Podle jeho slov se s problematikou sebevraždy setkal již před úrazem, ale nikdy ne v souvislosti s vlastní osobou. Po úraze se s touto tematikou setkával častěji, pohyboval se mezi lidmi, kteří byli také upoutáni na vozík a často o dobrovolném ukončení života hovořili. On sám po setkání s těmito lidmi a dlouhými rozhovory s nimi, usoudil, že na tom není až tak špatně, aby to vzdal. Když se setkal s lidmi, kteří jsou na tom zdravotně hůře než on a dokáží ještě bojovat, potom nebyl důvod, aby svůj život vzdal on. Po psychické stránce mu velice pomohlo, že byl mezi lidmi se stejnými problémy a v přibližně stejné věkové kategorii. Prošel obdobím, které by se dalo nazvat vyrovnávací fází. Přestal řešit otázku, proč právě on a začal řešit otázku, „co mohu dělat dál.“ Později se dostal do rehabilitačního centra, kde bylo více času na přemýšlení.

Otázku, zda sebevraždu spáchat nebo ne si, podle jeho slov nekladl, ale při rozhovorech se setkal i s otázkou, jaký způsob sebevraždy, by případně vzhledem ke svému handicapu volil. Když jsme se tedy i při našem interview dostali k této oblasti, uváděl, že by bylo mnoho způsobů, kterými by vozíčkář mohl svůj život ukončit. Ale pro něho samotného by jediným způsobem byl ten, dle jeho slov nejméně násilný, a to jsou prášky. Dále uvedl, že se v průběhu své rehabilitace setkal s různými přístupy. Podotkl, že hlavní problém, se kterým se po úraze setkal, byl nedostatečný kontakt s psychologem. Roli psychologa v té době zastával lékař, ale přístup doktora podle jeho úsudku nebyl nejšťastnější. Místo psychologa mu tedy v těžké situaci byla velkou oporou rodina a kamarádi. Pozitivní zkušenost má prý také

s pomocným personálem a sestřičkami. Nakonec sám po 10 letech od upoutání na vozík, vyhledal pomoc psychologa. Dostal se totiž do situace, kdy se mu zdálo, že už si sám nemůže pomoci. K jeho handicapu se přidala další nemoc, cítil se zcela psychicky vyčerpán a začal mít pesimistický pohled na svět. Pomoc psychologa pro něho byla velmi přínosnou. Sám zhodnotil, že ze své vlastní

zkušenosti může říci, že by přítomnost psychologa bezprostředně po úraze byla účelná. V období, kdy byl v rehabilitačním centru, mu pomohla sociální pracovnice, která se ho snažila začlenit do běžného života.

Na téma sebepoškození mi respondent uvedl, že se s ním již setkal. Bylo to v době, kdy se stýkal s lidmi, kteří byli nedlouho po úraze. Sebepoškození, o kterém se od zmíněných postižených dověděl, mělo podobu kousání a řezání. Daní jedinci chtěli docílit přehlušení bolesti.

Popis:

Štíhlé, vysoké postavy, dlouhé vlasy, brýle, domácí a pohodlně oblečen.

Neverbální projevy:

Nedíval se do očí, někdy nepřítomný pohled, posed se zkříženýma rukama, často nevěděl „kam s nimi“, při některých otázkách si mnul ruce, což na mě působilo jako projev nervozity.

Verbální projevy:

Široká slovní zásoba, ale časté odbíhání od tématu, obtíže udržet pozornost u jedné otázky, časté přechody z jedné otázky na druhou.

2.4 Třetí respondent

Se kterým jsem vedla rozhovor, je na vozíku od čtrnácti let. Dnes to je již 14 let od chvíle, kdy ho nemoc upoutala na vozík. Touto nemocí byl zánět míchy.

Jeho postoj k sebevraždě byl benevolentní. Řekl, že mohou nastat situace, kdy člověk uvažuje o sebevraždě. Sám uvedl, že má s touto tematikou zkušenost z doby, kdy nebyl nijak fyzicky omezen. Nicméně jeho myšlenky a rozjímání o sebevraždě nebylo do té doby spojeno s vlastní snahou o předčasné ukončení života. Po úraze se potom myšlenky stočily k vlastní osobě a o sebevraždě začal přemýšlet velmi intenzivně. Se svým stavem se smířoval jen velmi těžce. Prošel dlouhou vyrovnávací fází a zjištění, že v dané situaci vidí sebevraždu jako jediné řešení, bylo pro něho samého šokující a překvapující. Myslel si totiž, že je přesvědčen, že by sebevraždu nespáchal. Nicméně v nastalé situaci se mu sebevražda jevila být jedinou cestou, jak se zbavit nesnesitelné tíhy a pocitu, že již nikdy nebude nic jako dřív. Bezprostředně po úraze se myšlenkám na sebevraždu

nedokázal ubránit, nicméně nikdy se k pokusu neuchýlil. Postupem času pak docházelo k jakémusi ochabování neodbytných úvah a postižený se začal přizpůsobovat všednímu životu v zajetí vozíku. Sám uvedl, že intenzivním přemýšlením o sebevraždě strávil asi sedm let svého života. Dnes může říci, že myšlenky na ukončení života již nejsou tak vtíravé, jako v období po úraze.

Nejsilnější důvod, proč se o sebevraždu nepokusil, byl dle jeho slov velmi silný pud sebezáchovy. A snad i nějaké zásahy „shůry“. Vždy, když se rozhodl, že svůj život nějakým způsobem ukončí, stalo se něco, co přerušilo jeho konání. Například uvedl, že se rozhodl spolykat prášky. Avšak v momentě, kdy si je chtěl vzít, zazvonil telefon a zavolal mu člověk, kterého velmi dlouho neslyšel. Ač se mu to prý zdálo podivné, kamarád mu sdělil, že měl velmi intenzivní nutkání a potřebu mu zavolat právě v inkriminované chvíli. Dotazovaný měl prý pocit, že příteli potřebuje všechno říct a postěžovat si na všechny nespravedlnosti světa. Po tomto telefonátu se mu velmi ulevilo a po lecích již nikdy později nesáhl. Nicméně ačkoliv cítil úlevu, k rapidní změně psychického stavu nedošlo. Důrazně však trval na tom, že přestože o sebevraždě často přemýšlel i nadále, nikdy se o ni nepokusil.

Zdálo se mi zvláštní, že ačkoliv měl vleklé psychické problémy, nikdy nevyhledal psychologa. A nikdy si ani nemyslel, že by mu psychiatr nebo psycholog mohli nějak pomoci. Setkal se s nimi hned po zjištění diagnózy, ale v jejich přístupu a cestě pro sebe neviděl žádný přínos. Stále měl pocit, že si může a dokáže pomoci sám. Významným opěrným bodem, stejně jako v mnoha jiných případech, pro něho byla rodina a přátelé, kteří mu psychicky pomáhali nejvíce. Pod křídly milující rodiny neměl ani snahu zkontaktovat se s lidmi v podobné situaci. Až později po úraze začal navštěvovat centrum pro vozíčkáře, kde se setkal s dalšími lidmi, se kterými o tématu sebevraždy často, ale pouze hypoteticky rozmlouval.

Co se týkalo otázky sebepoškození, nebyl si jist, jak to přesně definovat a zda má o tomto pojmu správnou představu. Chápal, že při sebepoškozování si někdo způsobuje fyzické utrpení, ale odpověď na otázku „proč“ pro něho byla nejasná. Nakonec však stejně jako předchozí respondent uvedl, že snad proto, aby přehlušili utrpení, ať už duševní nebo fyzické.

Popis:

Nižší, střední postavy. Výrazné brýle, dlouhé vlasy.

Neverbální projevy:

Časté přendávání nohy přes nohu pomocí rukou, ruce velice uvolněné, jeho projev na mě působil velice otevřeně, klidně a emotivně vyrovnaně. Snaha o oční kontakt, o jakési ujištění, že vím, o čem mluví a že chápu, co chce tím či oním výrokem říct. Velmi často čekal na moje přitakání, či souhlas. Často jsem měla pocit, že ode mne očekává souhlas se způsobem svého jednání.

Verbální projev:

Široká slovní zásoba, časté používání zdravotnických termínů. Projev na mě působil velice promyšleně. Byl znát zájem o dané téma. Rozhovor probíhal velmi klidně a vyrovnaně, bez velkých emotivních výkyvů.

2.5 Čtvrtý respondent

Byl muž, kterému je dnes 30 let. Před pěti lety měl na motorce nehodu, po níž musel být upoután na vozík.

V otázce sebevraždy se jeho názor změnil. Dříve mu bylo toto téma zcela cizí a sám o něm nijak nepřemýšlel. Avšak vzhledem k situaci, v jaké se ocitl po nehodě, svůj postoj k sebevraždě radikálně změnil. Když mu lékaři bezprostředně po jeho probuzení oznámili krutou diagnózu, začala se „spásná“ myšlenka týkající se ukončení života, stále více projevovat. Při rozhovoru tedy po své zkušenosti poukázal na to, že mohou nastat situace, kdy člověk o tomto problému vážně uvažuje.

Před samotnou nehodou nebyl jeho názor na sebevraždu nijak vyhraněný. Dalo by se říci, že nedokázal pochopit, proč se někdo k takovému kroku odhodlá. Jaký může mít člověk důvod, aby to udělal. Po nehodě však, jak už bylo zmíněno, svůj názor změnil. Pochopil, jak se lidé v krizové situaci cítí. Až po té, kdy se v jeho životě objevila téměř nesnesitelná situace, kterou zpočátku nedokázal překonat a kterou ani ve svých představách neuměl vyřešit, pochopil, že motivace k sebevraždě může být velmi silná. Jeho bezmoc stoupala a zdálo se, že zoufalství se nedá nijak utišit. Ač se setkával každý den s psychology i doktory, neviděl v kontaktu s nimi žádný pozitivní přínos. Pocit, že už nemá smysl žít, byl

stále intenzivnější. Měl dojem, že „to“ nezvládne a, že život skončil. V takové letargii se pohyboval podle svých slov několik měsíců. Odhadem to bylo asi 8 měsíců. Během té doby přijímal návštěvy psychologa a často s ním hovořil o problémech a o tom, co se bude odehrávat dál. A ačkoliv byly zpočátku myšlenky na konec života neodbytné, postupem času a pravděpodobně i z velké části díky návštěvám přátel a rodiny se mu černé myšlenky pomalu vytrácely z mysli a začal uvažovat o tom, co nastane, až se dostane z nemocnice. Pomalu se začal se svým stavem vyrovnávat a snažil se dle svých slov co nejvíce přizpůsobit své nové situaci.

Když jsem znovu položila otázku týkající se tématu mojí práce, konkrétně zda stál před otázkou sebevraždy, a co bylo příčinou, že ji nespáchal, uvedl, že měl už naplánované, jak by to provedl. Vzhledem ke skutečnosti, že byl omezen jen na prostředí nemocnice, chtěl sebevraždu spáchat pomocí prášků, anebo si podřezat žíly. V době, kdy o tom silně uvažoval, se setkal s člověkem, který byl také na vozíku. Často si povídali a tento člověk po několika dnech sebevraždu opravdu spáchal. Mého respondenta, jak mi sám sdělil, tento zážitek silně zasáhl a začal se na svět dívat jinak. Viděl rodinu, jak byla zničena. Uvědomil si, že kdyby „to“ udělal, pomohl by pouze sobě. A lidem, kteří se tolik snažili mu v této etapě života pomoci, by naopak velmi ublížil. Změnil tedy svůj přístup a snažil se více mluvit o svých problémech a pocitech s psychologem. Snažil se znovu zapojit do aktivit všedních dní. A když začal řešit otázky týkající se jiných oblastí, například financí, bydlení a jiných, dostal nakonec chuť to znovu zkusit a nevzdávat se.

Co se týkalo otázky sebepoškození, poukázal na zkušenost s lidmi, se kterými se setkal při rehabilitaci. Tito lidé, kteří byli upoutáni na vozík a nemohli hýbat nohama, říkali doktorům, že mají silné bolesti nohou. Doktoři je přesvědčovali, že bolesti mít nemohou, ale on zažil, jak si lidé ubližovali. Buď do svých nohou tloukli nebo řezali. Chtěli přehlušit nesnesitelnou bolest, která je přiváděla k šílenství. Sám neměl se sebepoškozováním zkušenost.

Popis:

Vyšší, štíhlé postavy, moderní a velice upravený vzhled. Působil až přemírou důrazu na úpravu svého zevnějšku.

Neverbální popis:

Na začátku rozhovoru, měl ruce u sebe a hrál si s prstýnkem na ruce. Působilo to na mě nervózně. S postupujícím časem došlo k uvolněnějšímu usazení, opřel se a otevřel svou horní polovinu těla. Také začal více gestikulovat rukama. Velice důležitý pro něho byl oční kontakt, při němž byl klidnější.

Verbální popis:

Jeho projev se zdál být velmi klidný a vyrovnaný, používal širokou slovní zásobu a často pojmy z lékařského prostředí. Snažil se vysvětlit, jak přesně se člověk v určité situaci cítí. Barvitě vyprávění. Na začátku byla vidět nedůvěra vůči mé osobě, později došlo k oslabení tohoto pocitu a uvolnění, což jsem zaznamenala hlavně na uvolněném usazení a následně i projevu.

2.6 Pátý respondent

Další z dotazovaných byl čtyřiačtyřicetiletý muž. Na vozík je upoután již 15 let. Příčinou jeho postižení byla autonehoda.

Při vyjádření názoru na sebevraždu uvedl, že mohou nastat situace, kdy o takovém činu člověk uvažuje. Sám se do takové situace dostal. I před svým úrazem o tématu sebevraždy uvažoval, nikdy však ne v souvislosti se svou osobou. Neuměl si představit situace, za kterých by se uchýlil k tomuto typu řešení problémů. Vše bylo řešitelné a nic se nezdálo nemožné. Po nehodě, kdy zjistil, že bude upoután na vozík, se dostal do těžkých depresí. Ač nebo snad právě proto, že on sám v okamžiku nehody neřídil, měl pocit, že to, co se stalo, byla veliká nespravedlnost. Nemohl pochopit proč právě on. Podle svých slov se uzavřel do svého vnitřního světa a přestal komunikovat s okolím. Stále se zabíral otázkou, proč takový osud potkal právě jeho. Nechtěl slyšet a neslyšel lidi kolem sebe. Prvních pár měsíců po nehodě se vůbec nesnažil cvičit a rehabilitovat. „Když už mám být na vozíku, tak proč bych snažil.“ Ve svém pasivním odmítání spolupráce jen čekal na ostatní, kteří se o něho budou starat. Zpětně potom upozorňuje na to, že v podstatě chtěl, aby ho ostatní litovali a starali se o něho. On sám ztratil veškerý zájem o své okolí. Podle jeho popisu nenáviděl celý svět, který byl „zdravý“. Náplní jeho celého dne bylo „koukání“ do stropu a nezájem o všechny kolem. V té době začal mít sebevražedné myšlenky. Z jeho popisu jsem vyvodila, že o dobrovolném ukončení života přemýšlel velmi vážně, což mi následně sám

potvrdil. Jedinou překážkou v uskutečnění svého plánu pro něho byl jeho handicap. Ptal se sám sebe, jak by to udělal, když je „jen mrzák“. Ani prášky by si nemohl sehnat. A jelikož žil se svou rodinou, jiné varianty z jeho pohledu nepřicházely v úvahu. Často o sebevraždě mluvil před svou ženou, která se mu snažila pomoci. Když už podle svých slov neměl vůbec chuť do dalšího života, pomohla mu nakonec rodina a přátelé. Přiznal, že nedokázal sebevraždu sám dotáhnout do konce. S určitým odstupem, alespoň tak na mě jeho vyjádření působilo, mi řekl, že byl „zbabělec to udělat“. Pravděpodobně to tedy nebyla otázka jen jeho handicapu, ale hlavně nedostatek přesvědčení se k takovému kroku odhodlat a pochyby, zda už se nakonec někde uvnitř nezačal se svou situací vyrovnávat. Uvedl, že ho rodina víceméně donutila, aby navštívil psychologa a ten ho poslal s těžkými depresemi k psychiatrovi. Nějaký čas tedy strávil v nemocnici, kde pracoval na zlepšení své psychiky. Trvalo rok, než se se svým handicapem začal opravdu „smiřovat“. Řekl, že to byl běh na dlouhou trať, ale že nyní už má konečně pocit, že by mohl dokázat žít i tímto postižením. Dnes už myšlenky na sebevraždu nemá. Dlouhá sezení s psychologem přinesla ovoce. Snažili se najít cestu, která by pro něho byla přijatelná. Muž uvádí, že prvotním impulsem „něco“ se sebou dělat byla pro něho rodina a přátelé a dalším velmi důležitým krokem byla lékařská péče. Na druhou stranu lidé, kteří měli stejný problém jako on, pro něho byli demotivující. Dokud byl v jejich blízkosti a mohl sledovat jejich boj s nastalou změnou svého fyzického stavu, měl pocit, že i když se někteří snaží, stejně to nemá žádnou cenu. Proto se cítil lépe mezi rodinou.

Při otázce na sebepoškození si nevzpomínal, že by se s tím někdy setkal. Chápe však tento pojem jako ubližování sobě samému. Nejenom fyzické, ale i psychické. Když vyjádřil svoje chápání pojmu sebepoškozování, napadla mě otázka, zda to, že se uzavřel do sebe a nechtěl se stýkat s ostatními lidmi, nebyl tedy z určitého hlediska také jakýsi způsob sebepoškození.

Popis:

Silnější, menší postavy, silně „zarostlý“ delší dobu neholený, pleš.

Neverbální projev:

Posed mimo vozík v křesle, přendávání nohy přes nohu. Ruce volně v klíně, chvílemi měl v ruce tužku, se kterou si hrál a někdy kreslil na papír. Při projevu často výrazně gestikuloval.

Verbální projev:

Menší slovní zásoba, často problémy vyjádřit své emoce. Při některých otázkách se „zadržával“, tento pocit ve mně vyvolali časté pauzy mezi slovy, což ve mně vyvolávalo pocit, že je nevyrovnaný.

Celkový dojem, jakým na mě působil, byl, že dnes je již tento člověk smířen se svým handicapem. Z celkového projevu bylo znát, že prodělal velmi těžké období, které s pomocí doktorů a rodiny překonal. A dnes o tom již mohl zpětně vyprávět.

2.7 Shrnutí rozhovorů s vozíčkáři

Po všech rozhovorech, které jsem vedla s vozíčkáři, jsem si vytvořila tento obraz o situaci, kterou tito lidé prochází, jak je ovlivňuje a jak ji řeší. V dnešní době je člověku po úraze poskytnuta celková péče. Kromě lékařských zákroků a následné kontroly zdravotního stavu, hrají v jejich rekonvalescenci významnou roli také psychologové. Ve většině případů má psychický stav pacienta na jeho přístup k nastalé situaci obrovský vliv.

Je obecnou pravdou, že postižení, kteří se setkali s celkovou lékařskou péčí, včetně sezení s psychologem, vnímají tuto péči jako pozitivní zkušenost. Nejdříve pro ně samozřejmě bylo velice těžké smířit se se skutečností, která jim byla sdělena, ale při ohleduplném zacházení lékařů se jim nakonec podařilo svůj handicap přijmout.

Setkala jsem se ale také s vozíčkáři, kterým se úraz stal již před nějakou dobou, kdy byl přístup lékařů k pacientům odlišný. Tito jedinci neměli žádný kontakt s psychologem, „jenom“ s lékařským personálem. Na jednu stranu fakt, že jim diagnóza nebyla sdělena přímo, ale oni sami postupem času zjistili, že upoutání na vozík je definitivní, zmírnil jejich počáteční zoufalství, neboť stále měli naději, že se jejich stav změní a že budou znovu chodit. Roli psychologa u těchto pacientů v té době v rámci možností zastávala rodina, která samozřejmě také doufala ve zlepšení nastalé situace a povzbuzovala bližního v jeho nadějích.

Ve všech případech jsem se setkala s tím, že lidé, kteří jsou upoutáni na vozík, měli a mají velkou oporu v rodinách a přátelích. Nejbližší rodina a přátelé pro ně v kritické době hráli velice důležitou roli, mohli se o ně opřít a oni jim pomáhali v dalším životě.

To, jak se po úraze měnil psychický stav jedinců, mě poněkud překvapilo. Ve vzorku vybraných vozíčkářů, se kterými jsem se setkala, byli tací, kteří když už se dostali do dané těžké situace, tak se snažili, nepodlehnout depresi. Spíše měli snahu přizpůsobit se a něco se svým životem udělat. Ač pro ně najednou bylo vše a po všech stránkách složitější – fyzicky, psychicky, ale i finančně, snažili se zapojit do běžného života.

Při svých léčeních se také setkali s lidmi, kteří na tom byli o něco hůře než oni, a to jim svým způsobem dodávalo velkou sílu. Čas strávený mezi lidmi, kteří mají stejné postižení a někdy i horší bylo pro některé jakýmsi pohonem pro další život. Dva respondenti se zcela radikálně vyjádřili, že by nikdy sebevraždu nespáchali, ač oba ve svém mládí přišli k úrazu. Kromě toho, že po úrazu neznali přesnou diagnózu, měli jiné starosti, než přemýšlet o sebevraždě. Otázkou zůstává, zda fakt, že dnes po úraze nemocný dostává přesné a jasné informace, je dobrý přístup. Zda není přesné zjištění nastalé změny jejich fyzického stavu naopak záporným bodem v jejich následném myšlení a snaze o uzdravení se.

Ze skupiny lidí, které jsem oslovila a z rozhovorů s nimi vyvozují, že ač jejich upoutání na vozík je definitivní a po úrazech došlo v jejich životech k velkým změnám, všichni respondenti se nakonec se svým handicapem dokázali vyrovnat a v současné době nevidí svoje postižení jako skutečnost, která by jim ukončila život. Ve všech případech měly následky události, která je upoutala na vozík, velký vliv na psychiku respondentů a vždy jim trvalo kratší či delší dobu, než se s nastalou situací smířili. Z jejich vyprávění jsem však nabyла dojmu, že i nejtěžší události a změny, které se zpočátku zdají nesnesitelné a neřešitelné, dokáží nakonec člověka posílit a ukázat mu nový směr, kterým se v životě ubírat.

2.7.1 Rozbor konkrétních otázek z dotazníku

Otázka: Důvod upoutání na vozík, jak dlouho jste již na vozíku?

Všichni respondenti se narodili zdraví – fyzicky i psychicky - a důvodem upoutání na vozík byla, buď v jednom případě nemoc (zánět míchy) a v dalších případech

úraz a zranění páteře. Všichni z nich jsou také již delší dobu po úraze. Nejkratší doba od upoutání na vozík byla 5 let a nejdelší 30 let. Respondentovi, kterého postihla nemoc s následkem upoutání na vozík v nejnižším věku, bylo 14 let a nyní je mu 28 let. Nejstarší dotázaný je na vozíku 30 let a nyní je mu 47 roků. Jejich pohledy byly většinou retrospektivní a pocity i názory ovlivněné časem, který uběhl od jejich upoutání na vozík.

Otázka: Co si myslíte o sebevraždě?

Dva z pěti dotázaných by sebevraždu dle svých slov nikdy nespáchali. Jednalo se o jedince, kteří jsou na vozík upoutáni nejdéle. Z jejich dalších odpovědí vyplynulo, že v době úrazu a bezprostředně po něm jim nebyla okamžitě sdělena jejich diagnóza, a tudíž žili nějakou dobu v naději, že se jejich stav může zlepšit. Tudíž měli delší dobu na to se se svým handicapem vyrovnat.

Ostatní tři respondenti uvedli, že mohou nastat situace, kdy by se o sebevraždu pokusili a jsou to zároveň ti samí respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku, zda o sebevraždě někdy v životě uvažovali.

Otázka: Uvažovali jste o sebevraždě před upoutáním na vozík?

Dva vozíčkáři o sebevraždě před upoutáním na vozík neuvažovali vůbec a toto téma jim bylo v podstatě cizí. Ostatní tři o této otázce někdy přemýšleli, ale nikdy ne v souvislosti s vlastní osobou. Dá se říci, že nikdo z nich se v té době nedostal do závažné, krizové situace a neměli důvod se touto otázkou zabývat.

Otázka: Uvažovali jste o sebevraždě po upoutání na vozík?

Jen jeden z respondentů (nejstarší, na vozíku již 30 let) nijak nezměnil svůj přístup k tématu sebevraždy před ani po upoutání na vozík. Jeho názor je negativní a dle svých slov by ho nikdy nezměnil. Upoutání na vozík pro něho nepředstavovalo tak zásadní problém, který by ho přiměl k uvažování o ukončení života.

Jeden z respondentů (34 let, skok do vody) začal o tématu sebevraždy intenzivněji přemýšlet v souvislosti se změnou prostředí, ve kterém se po úrazu pohyboval. Názory a myšlenky jiných vozíčkářů ho utvrdily v jistotě, že on by sebevraždu nikdy nespáchal.

Zbývajících tři dotázaní začali po změně svého fyzického stavu otázku sebevraždy zvažovat jako řešení své nové, zdánlivě bezvýchodné situace.

Otázka: Stáli jste před otázkou zda-li sebevraždu spáchat, a co bylo důvodem, že nebyla dokonaná?

Jak už vyplývá z odpovědí na předchozí otázku, dva jedinci odpověděli v tomto případě negativně a tři kladně.

Tři respondenti, kteří o sebevraždě v minulosti uvažovali, uvádějí jako jednoznačný a jediný důvod upoutání na vozík a ztrátu chuti do dalšího života a následná deprese a zoufalství.

Z velké části zde hrála hlavní roli pomoc rodiny a přátel a vedlejší roli pak můžeme připsat lékařské péči a toku času, který otupil hrany jejich bolesti.

Otázka: Zvažovali jste, jaký způsob sebevraždy by jste zvolili?

Ze tří postižených a o sebevraždě uvažujících jedinců jeden uvedl svoje upoutání na vozík jako nepřekonatelnou překážku k pokusu o sebevraždu. Dva respondenti by v případě svého nezvratného rozhodnutí ukončili svůj život předávkováním se medikamenty. Všichni se shodli, že vzhledem ke jejich stavu je řešení otravou léky nejjednodušší cestou.

Otázka: Vyhledali jste někdy sami pomoc psychologa a psychiatra?

Tři z pěti dotazovaných respondentů odpověděli, že sami nevyhledali kontakt s psychologem. Otázkou je, zda by neměla být role psychologa samozřejmostí. Zbylí dva respondenti navštívili psychologa po domluvě s rodinou. Oba dva zhodnotili práci psychologů pozitivně.

Otázka: Pomohla Vám odborná pomoc?

Ti respondenti, kteří v předešlé otázce uvedli, že psychologa navštívili, viděli práci s ním jako velmi přínosnou pro zlepšení jejich psychického stavu. Proto se domnívám, že je velmi vhodné, aby lidé, kteří jsou po nehodě nebo nemoci upoutáni na vozík, pracovali na své psychice alespoň v počáteční fázi intenzivněji.

Otázka: Jestli Vám pomohl někdo ve stejné situaci?

Nikdo z dotazovaných přímo neuvedl, že by jim někdo v podobné situaci pomohl. Jeden z respondentů podotkl, že ho posílilo, když se pohyboval mezi lidmi, kteří měli stejný nebo i horší zdravotní stav než on a přesto bojovali. Pro jednoho z dotázaných bylo naopak setkání s lidmi na vozíku velmi deprimující. Je velice zajímavé jak setkání s lidmi, kteří mají stejný problém, je pro někoho pomocí a pro někoho spíše psychickou zátěží. Všichni vozíčkáři uvedli, že jim velice pomohla rodina a přátelé. Proto je velmi důležité mít někoho, kdo s vámi mluví nebo vás chápe. A v podstatě ani tolik nezáleží na tom, zda je ten člověk ve stejné nebo podobné situaci, anebo v úplně jiné.

Otázka: Zda se pokusili o sebepoškození a jak by ho definovali?

Jeden z oslovených vozíčkářů mi uvedl, že v jednu chvíli nad ním beznaděj vítězila a on začal uvažovat o sebepoškození. V zoufalství chtěl utlumit svou bolest. Nedošel však až tak daleko, že by uvažoval o způsobu sebepoškození. Zbylé odpovědi byli negativního rázu. Zkušenost byla většinou taková, že se respondenti se sebepoškozením setkali, ale jen jako s utlumením bolesti. Uvedli, že sebepoškození je určitý způsob utlumení jedné bolesti na úkor způsobení si jiné.

3. Analýza získaných informací

Cílem mojí práce bylo najít a porovnat důvody, které vedou k sebevražedným pokusům a zjistit, jak se postupem času mění uvažování jedinců, kteří na sebevraždu v určitých konkrétních etapách svého života pomýšlí. Zda a jak se jejich přesvědčení o zbytečnosti a bezcennosti dalšího života mění, co ho ovlivňuje a hlavně jak oni sami vidí a přijímají zásadní změny svých životů. Také jsem chtěla zjistit, jak se změnil jejich postoj k tématu sebevraždy před a po zásadní změně jejich životního stylu.

Hledala jsem společný prvek vývoje myšlení lidí, kteří se dostali do nečekané a nezvyklé situace a byli nuceni se s ní vyrovnat.

Po vyhodnocení dotazníků a rozhovorů bych výsledky svého průzkumu rozdělila do několika bodů:

3.1.1 Anonymita dotazníku

Dotazník, který jsem respondentům rozeslala, případně nechala předat, byl pojat anonymně a na rozdíl od mého očekávání byly odpovědi v něm stručné, někdy i vyhybavé. Při osobním kontaktu se však konverzace rozvinula a respondenti byli otevřenější, vstřícnější a snažili se jednotlivé odpovědi z dotazníku vysvětlit a rozšířit. Všichni jedinci mě překvapili svou upřímností a nekonvenčním chováním, u jiných jsem zaznamenala značnou nervozitu, která však postupem času opadala a i oni byli schopni o daném tématu otevřeně hovořit. Z toho jsem vyvodila, že ze skupiny vězňů se i přes pocit viny nikdo za své činy nestyděl a ve skupině vozíčkářů nebyl nikdo tak psychicky podlomen, že by nedokázal o svém životě mluvit – dokonce s cizím člověkem.

Z mé zkušenosti, bych doporučila při příštím zpracování tohoto tématu zvolit metodu výzkumu prováděnou formou osobního rozhovoru. Z vyplněných dotazníků jsem se od respondentů dozvěděla velice málo informací.

3.1.2 Vyrovnání se situací

Kastová (2000) popisuje proces vyrovnání se s krizovou situací, takto: fáze popření (šok), druhá fáze propukání chaotických emocí (hněv, strach žít, strach zemřít, pocit křivdy), třetí fáze hledání, nalézání a odpoutání (přemítání o tom, co

bylo), poslední fáze nového vztahu ke světu a k sobě.³⁷ Z těchto informací jsem očekávala, že u skupiny vozíčkářů se jejich psychický stav rapidně zhorší a budou se více přiklánět k řešení sebevraždou. Výsledky mého průzkumu pro mě však byly poměrně překvapující: zjistila jsem totiž, že z pěti dotázaných respondentů, dva na sebevraždu během svého života nepomysleli a v dotazníku konkrétně uvedli, že s tímto způsobem života nesouhlasí. Možná to bylo dáno větším odstupem času a tím, že dotazovaní za sebou měli poměrně dlouhou vyrovnávací fázi, přesto jsem byla překvapena, jak se nakonec se svým postižením smířili a jak je dokonce daná situace posílila. Velkou roli v jejich vyrovnání se s „osudem“ mělo dle mého názoru pocít, že nikomu jinému vědomě neublížili a že za nimi stojí přátelé a rodina. Pomoc psychologů se v případě vozíčkářů zdála být také jedním z důležitých bodů jejich léčby. Počáteční deprese a pocity bezradnosti a zoufalství vystřídala snaha bojovat a dokázat se s vyvstanuvším problémem poprat a vyrovnat. Pro budoucí práci by bylo vhodné spolupracovat s probandy, kteří jsou handicapovaní přibližně stejnou dobu. Myslím tím, že by bylo vhodné porovnávat skupinu, která je stejně dlouho upoutána na vozík a zjistit v jaké vyrovnávací fázi se nacházejí.

Na rozdíl od vozíčkářů však ve vězeňském prostředí často hrál v psychice lidí hlavní roli pocit viny a nesmazatelný „glejt“ vězně než samotná změna životního stylu a ztráta svobody. Po rozhovorech s nimi a dalším uvažování nad poznámkami jsem došla k závěru, že vývoj psychiky vězně probíhá v podstatě pod větším tlakem než je tomu u postižených lidí. Trestanci budou totiž s největší pravděpodobností i po vykonání trestu muset čelit vlastní pověsti a budou mít pocit, že se musí neustále ospravedlňovat, případně budou mít vzhledem ke své minulosti problém se znovu zařazením se do společnosti, která je obklopuje.

Zatímco u vozíčkářů je vývoj psychického stavu a kondice pozvolný, ale pozitivní, u vězňů má dopad jejich vlastních činů dlouhodobý negativní efekt. Někteří vozíčkáři jsou nakonec schopni ve svém údělu vidět i určitá pozitiva a jejich nezvyklá situace je motivuje a dodává jim sílu k překonání překážek. Naopak trestanci prochází díky pocitu viny a nesmazatelnému zápisu odlišným vývojem a je otázkou, jak se jejich chování a myšlení po vykonání trestu změní.

³⁷ V. Kastová, *Krise a tvořivý přístup k ní*. Portál, Praha, 2000.

3.1.3 Faktory vedoucí ke smíření se situací

U obou skupin byla podle očekávání nejdůležitější podporou rodina a přátelé. Pokud tato opora chyběla (jednalo se zejména o vězeňské prostředí), vedlo to zákonitě ke zhoršení psychického stavu jedinců. U vozíčkářů byla pomoc rodiny v některých případech i náhradkou psychiatrické či psychologické péče.

Vězňové chápali rozhovory s psychology a psychiatry jako „vylití si problémů“ a únik od všednosti dní strávených mezi dalšími trestanci žijících stále ve stejném prostředí.

U vozíčkářů byl rozdíl mezi upoutanými na vozík v době, kdy přítomnost psychologa bezprostředně po úraze nebyla samozřejmostí a těmi, kterých se psychologové ujali okamžitě po zjištění jejich změněného fyzického stavu. V prvním případě si pacienti zřejmě i pod vlivem podpory rodiny nepřipouštěli, že by jejich tehdejší stav byl trvalý a s postupem času, kdy žili v naději, se se situací začali smířovat. U těchto lidí byly myšlenky na sebevraždu, podle jejich současné výpovědi, v počáteční fázi většinou méně intenzivní než v druhém případě, kdy byl pacientovi „rozsudek“ sdělen bezprostředně po probuzení se na nemocničním lůžku. Ale na druhou stranu se tito lidé rychleji přizpůsobili dané situaci. A doba vyrovnání byla rychlejší.

Dalším bodem, který mi přišel zajímavý, byla otázka sebepoškození. Všichni dotazovaní se setkali s problémem sebepoškození. Dokázali ho definovat s ohledem na prostředí, ve kterém jsou a kde se s tím setkali. V věznici to spíše vyznělo jako únik před nějakou situací a nebo před nějakým problémem, který je potkal. Například jsem se tam setkala v době mé návštěvy s tím, že se tam někdo předávkoval léky. Ale už s vědomím, že určitě nezemře, ale nějaký čas stráví mimo svůj oddíl. Někdy to bylo využíváno spíše jako unik od problémů, než utiшит nějaké psychické ujmy.

Respondenti, ze skupiny vozíčkářů, uvedli, že se se sebepoškozením také setkali. Podle jejich zkušeností, uvedli, že to bylo spojeno s psychikou. Snaha utiшит bolest jiného druhu.

Lidé upoutáni na vozík spíše chápali sebepoškození, formou utišení jiné bolesti ať fyzické tak i psychické. Přestože je tato problematika sebepoškozování velice zajímavá a aktuální, moje práce nenabízí podrobnější rozbor, jelikož jsem se spíše zaměřila na problém sebevraždy.

Pobyt ve vězení nebo upoutání na vozík nezměnil velkou měrou jejich názor. Možná koukali na tuto možnost ukončení života z jiného pohledu, ale jejich postoj zůstal stejný, u někoho jsem se setkala dokonce s postojem, který spíše nekompromisně odmítá sebevraždu.

Kdybych měla krátce shrnout tuto praktickou část. Velkou měrou, která mě obohatila, byla zkušenost s lidmi, kterými jsem se setkala. Tito lidé ač si prošli těžkým obdobím, dokázali se mnou o svých pocitech mluvit. Po rozhovorech jsem usoudila, že velice důležité pro tyto lidi je podpora. Otázkou je zda by nebylo dobré. Když se lidé dostanou do této situace, aby automaticky navštívily psychologa. Měla by to být součást vězeňské a i lékařské služby. Člověk, který se dostane do krizové situace, by měl ihned mít kolem sebe někoho, kdo ho vyslechne. Jsou lidé, kteří sami k tomuto kroku nepřistoupí. Proto je velmi důležitá pravidelná péče o lidskou duši. O psychické pomoci se více zmiňuje například B. Baštecká (2005), Frankel a Kranzová (1998).

3.1.4. Celkové shrnutí obou skupin

Obě dvě skupiny, které jsem si vybrala, měly některé společné body. U vězňů jsem požádala o prvovězně, kteří nebyli předtím ještě vězněni. U skupiny lidí na vozíku jsem si vybrala lidi, kteří byli mobilní a po úraze nebo nemoci se stali tělesně postižení. A obě skupiny mohly porovnat, jaký vliv na ně mělo uvěznění nebo upoutání na vozík. Obě skupiny byly v dané situaci již delší dobu a dotazování ji tedy mohli zhodnotit s určitým odstupem.

Otázka: Co si myslíte o sebevraždě?

V této otázce dva z pěti vězňů uvedli, že sebevraždu odmítají na rozdíl od skupiny vozíčkářů, kde se takový postoj vůbec neobjevil. Dva vozíčkáři uvedli, že by to nikdy neudělali a ostatní z obou skupin vedli, že mohou nastat situace, kdy o tom člověk přemýšlí. Tato odpověď byla z mého pohledu nejčastější. Důvodem byla pravděpodobně skutečnost, že si tito lidé prošli těžkým životním obdobím a s tématem sebevraždy se setkali. Fakt, že ostatní sebevraždu odmítají nebo odsuzují, vidím ve vyrovnání se s nastalou situací anebo v silné fixaci na rodinu.

Otázka: Uvažovali jste o sebevraždě před upoutáním na vozík, nebo uvězněním?

Tato otázka úzce souvisela s předešlými otázkami. Zjistila jsem, že muži ze skupiny vězňů, kteří uvedli, že o problematice sebevraždy uvažovali, měli psychické problémy již před uvězněním a někteří se o sebevraždu již i pokusili. U vozíčkářů tomu bylo jinak, dva o tomto tématu vůbec nepřemýšleli a ostatní ano, ale vůbec ne v souvislosti se svou osobou. Dalo by se usoudit, že se v době před upoutáním na vozík do žádné hraniční situace nedostali a neměli tedy žádný závažný důvod o sebevraždě přemýšlet. Na rozdíl od respondentů ve vězení, kteří měli již psychické problémy před svou vazbou, s čímž souvisí následující otázka.

Otázka: Uvažovali jste o sebevraždě po upoutání na vozík, nebo uvězněním?

Změna pohledu na sebevraždu byla nejvíce vidět u vozíčkářů, kteří se po svém částečném pohybovém omezení dostali do situace, která jim změnila celý dosavadní život. Ti, kteří o tématu sebevraždy všeobecně přemýšleli již před upoutáním, ačkoliv ne v souvislosti se sebou samými uvedli, že po upoutání na vozík pro ně myšlenka na sebevraždu nabyla jiného významu, intenzivně o takovém řešení své situace přemýšleli. A shodují se, že tyto myšlenky pravděpodobně vyvstaly díky tak zásadní změně jejich fyzického stavu. Ve vězení naopak nikdo z respondentů neuvedl, že by svůj postoj změnil k sebevraždě po uvěznění. Ke zhoršení psychického stavu ve většině případů došlo, ale ne ke změně postoje. Upoutání na vozík je v otázce pohledu na sebevraždu mnohem větším zásahem a zátěží pro psychiku postiženého jedince.

Otázka: Stáli jste před otázkou zda-li sebevraždu spáchat, a co bylo důvodem, že nebyla dokonaná?

Čtyři respondenti z vězeňského prostředí, kteří se o sebevraždu pokusili, uváděli, že hlavním důvodem, proč sebevraždu nedokončili, byly většinou spíše náhody. Buď se jim pokus z různých důvodů (nedostatečná příprava, nevhodné provedení) nezdařil nebo si jejich problému někdo všiml a pomohl. Na druhé straně ve skupině vozíčkářů se sice většina jedinců myšlenkou na sebevraždu vážně zabývala, nikdo se o ni však nakonec nepokusil. Jak uvedli: „*Vždy se našlo něco nebo někdo, kdo přípravu a myšlenky na tento čin přerušil nebo překazil.*“ Dále mi sdělili, že pocít, že by mohli dobrovolně ukončit svůj život samozřejmě sílil po

stanovení diagnózy. Ze všech odpovědí na mě silně působilo, že samotná příprava na sebevraždu je velmi složitá a někdy člověku zachrání život i silný pud sebezáchovy a jindy skutečnost, že člověk je někdy „zbabělec“.

Otázka: Zvažovali jste, jaký způsob sebevraždy by jste zvolili?

Největší procento lidí z obou skupin uvedlo, že způsob, který by preferovali, případně který již při pokusu o sebevraždu zvolili, bylo předávkování se medikamenty. Vozíčkáři by si tuto cestu vybrali jako nesnadnější a nejlépe proveditelnou, v případě vězňů byl tento způsob označen za nejméně bolestivou variantu. V porovnání s výsledky Statistického úřadu, předávkování medikamenty je v tabulce uvedeno až na třetím místě. Muži mají jako největší procento u způsobu sebevraždy uvedeno oběšení, viz více kapitola 6.3..³⁸

Ti, kteří se o sebevraždu pokusili vícekrát, volili při dalších pokusech jiný způsob, protože ten předchozí selhal.

Otázka: Vyhledali jste někdy sami pomoc psychologa a psychiatra?

U respondentů z vězení jsem se z pěti případů u čtyř setkala s tím, že respondenti ze své vlastní iniciativy navštívili psychologa nebo psychiatra a nadále jej navštěvují i ve vězení. U vozíčkářů jsem se setkal s respondenty, kteří buď neměli vůbec žádnou zkušenost s psychologem nebo po dohodě nebo tlaku rodiny lékaře navštívili. Na této studii lze vidět, že ještě dnes není péče tohoto druhu samozřejmostí. A někteří lidé stále chápou návštěvu psychiatra nebo psychologa jako „něco“, za co by se člověk měl stydět.

Otázka: Pomohla Vám odborná pomoc?

Všichni dotazovaní, kteří uvedli, že psychologa nebo psychiatra někdy navštívili, hodnotí svoje zkušenosti velmi pozitivně. Práce s odborníkem měla vždy dobrý dopad na psychiku všech respondentů.

Otázka: Jestli jim pomohl někdo ve stejné situaci?

Všichni respondenti uvedli, že lidé v podobné situaci jako oni sami, jim nijak přímo nepomohli. U vězňů jsem chápala, že pro ně lidé ve stejné situaci nemusí mít v

³⁸ ČSÚ, Sebevraždy v České republice 2001- 2005, Olomouc, 2006, s. 37.

podstatě žádný přínos. Nedávají jim pohled z venku. U skupiny vozíčkářů naopak pro někoho bylo přínosem, že se pohyboval mezi lidmi stejného postižení. Uvědomoval si tak, co všechno se i s postižením dá zvládnout a že se dá normálně žít. Případně viděl, že někteří lidé jsou na tom mnohem hůře než on sám, což ho motivovalo k řešení nastalé situace. Byli ale i tací, pro které bylo setkání s lidmi na vozíku spíše deprimující a demotivující.

Co však bylo pro všechny dotázané stejně podstatné a svým způsobem nejdůležitější, byla rodina a přátelé. Je velmi důležité mít někoho, o koho se člověk může opřít i pokud jsme zdraví, natož potom v krizové situaci, kdy musíme od základů změnit dosavadní návyky a životní styl.

Otázka: Zda se pokusili o sebepoškození a jak by ho definovali?

Z výzkumu vyplynulo, že nikdo z dotázaných se o sebepoškození nepokusil. Všichni ho definovali, jako pokus ublížit sám sobě. Respondenti z věznice definovali i pokusy o sebevraždu jako sebepoškození. Vozíčkáři se o sebepoškození vyjádřili jako o utišení bolesti, která byla někdy neúnosná a nesnesitelná. U obou skupin jak je uvedeno v předešlé části, je sebepoškození definováno podobně jak to můžeme najít u Hartla (2004).³⁹ Ale u vězňů je ještě navíc poukázáno na to, že pokus o sebevraždu je zde chápán jako sebepoškození. Samotná věznice uvádí, že pokus o sebevraždu a samotné poškození je mimořádná událost a více toto nerozvádí. Což vidím jako velký problém, protože sebepoškození je zde velmi častým jevem i podle výpovědi samotné věznice. Proto by zde měla být podle mého úsudku nějaká prevence, snaha nějak snížit případy záměrného sebepoškozování.

³⁹ P.HARTL: Stručný psychologický slovník. Portál, Praha, 2004.

4. Diskuse

Během mé práce jsem se setkala s několika momenty, které by stály za hlubší prozkoumání, a jistě by se dali rozpracovat do obsáhlejších studií.

Ve svém výzkumu jsem záměrně zkoumala prvověžně (kteří byli odsouzeni hlavně za podvod), protože jsem usoudila, že pro ně bude nastalá situace nová a o to více krizová. Bylo by velice zajímavé, zjistit názory skupiny vězňů, kteří jsou odsouzeni podruhé, potřetí, poněkolkáté (recidivisté). Také by pravděpodobně byly zjištěny jiné závěry u vězňů, kteří spáchali násilnou trestnou činnost.

Jednou z dalších možností pro podrobnější výzkum by bylo zjištění vzdělání jak u vězňů, tak u vozíčkářů. Otázkou je zda by dosažené vzdělání mělo vliv na sebevražednost. Zda tyto dva faktory mohou být spolu porovnány a vedli k nějakému obecnému závěru.

A.Liebling ve Velké Británii provedla výzkum a věznicích. Snažila se porovnat pokusy a dokonané sebevraždy ve věznici ve Velké Británii. Vliv na vztah s rodinou a příbuznými. Vzhledem k tomu jak se v našem věznicích definuje sebevražda a pokus o sebevraždu, by bylo velmi přínosné takovýto podobný výzkum provést.⁴⁰

Moje limity byly omezeny především několika faktory: časem stráveným ve věznici (delší čas strávený s dotázanými by přinesl otevřenější a osobnější výpovědi), počtem respondentů (omezení věznice), literaturou (existuje velice málo literatury týkající se psychiky vězňů). U handicapovaných respondentů jsem měla největší problém nashromáždit dostatečný počet lidí, kteří by byli ochotni mluvit o tématu sebevražd. Samozřejmě nesmíme zapomenout, že všichni probandi byli muži – u žen by výsledky mohly odlišné, protože jsou z mého hlediska více emotivní a citlivé.

Je na škodu, že ve věznicích není samozřejmostí odborná psychologická pomoc. Pro budoucí výzkumy bych navrhovala zaměřit se na konkrétní pomoc psychologů a psychiatrů, jelikož v mé práci není toto téma zcela obsáhlé.

Nesmíme zapomenout, že veškeré informace mají subjektivní výpověď, autor není do určité míry schopen úplné objektivity. Musela jsem pracovat

⁴⁰ A.Liebling, British Journal of Criminology.r.35,č.2,1995.

s výpověďmi, které mi poskytli samotní respondenti, aniž bych měla šanci si tyto odpovědi ověřit.

Ve statistikách se mezi nejčastější způsob sebevraždy u mužů uvádí oběšení, zatímco v mém výzkumu se o oběšení zmiňuje pouze jeden respondent. Ostatní respondenti uvedli za způsob sebevraždy otrava léky. Myslím si, že tento typ ukončení života je u vozíčkářů nejčastěji zmiňován, protože léky jsou pro ně nejsnadněji dostupné. Také ve vězení, podle výpovědí zmíněných dotazovaných, není problém sehnat medikamenty.

Podle mého názoru spolu úzce souvisí sebevražda a sebepoškozování, ale moje práce tento předpoklad nepotvrdila. Není tedy vhodné spojovat tyto dva jevy dohromady.

Závěr

Sebevražda jako jednotlivá událost i jako společenský jev vzbuzuje velký zájem a pozornost v různých sférách – jak v bezprostředním okolí sebevraha, tak v širší části společnosti, zejména pokud je sebevrahem osoba známá. Také ve sdělovacích prostředcích je o tuto problematiku velký zájem, o čemž svědčí časté příspěvky, zejména v tisku.

Úmrtí na sebevraždu je nejen jednou z příčin úmrtí, ale je to i sociálně patologický jev, který je podmíněn řadou faktorů. Ty se snažila odhalit celá řada autorů, nejznámější je teorie francouzského sociologa Émile Durkheima, který sebevraždy vysvětluje na základě slábnoucí sociální integrace (soudržnosti) společnosti, známá je také teorie T. G. Masaryka, který dává rostoucí sebevražednost do souvislosti s rostoucí nenábožností.

V souvislosti se sebevraždami jsou sledovány nejrůznější aspekty, ať už to jsou sociodemografické charakteristiky sebevraha, regionální diferenciací sebevražednosti, způsob či časování sebevraždy. Existuje celá řada faktorů způsobujících jednání směřující k sebevraždě (duševní faktory, sociální prostředí...), odborníci se však liší ve svém názoru na míru jejich vlivu.

Sebevražda se nyní řadí mezi tři hlavní příčiny úmrtí u žen i mužů mezi 15 a 44 rokem lidského věku. Mladí lidé jsou v současné době nejohroženější skupinou ve třetině všech zemí. Počet sebevražd se dlouhodobě snižuje a očekává se, že tento trend bude dále pokračovat. To je způsobeno také kvalitnějšími antidepresivy a kvalitnější psychiatrickou péčí.

Seznam použité literatury:

- Baštecká, B.: *Klinická psychologie v praxi*, portál, Praha, 2003.
- ČSÚ: *Sebevraždy 1996-2000*, ročník 2001, Olomouc. 2001.
- ČSÚ: *Sebevraždy v České republice v letech 2001-2005*, ČSÚ, Olomouc 2006.
- ČSÚ: *Sebevraždy v České republice v letech 1960-1995*, odbor statis. vývoje obyvatelstva, Olomouc, 1996.
- ČSÚ: *Sebevraždy v České republice v letech 1960-1995*, ČSÚ Olomouc, 1996.
- ČSÚ: *Stav a pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2007*, předběžné výsledky, ročník 2007, Olomouc, 2007.
- Dragomirecká, E.: *Sebevražda jako jev sociální patologie – hledisko filosofické, sociologické a psychologické*, Amireport, 6,28, 1998.
- Frankel. B, Oranžová. R. : *O sebevražďách*, Lidové noviny, Praha, 1998.
- Hartl, P.: *Stručný psychologický slovník*. Portál, Praha, 2004.
- Hendl, J.: *Kvalitativní výzkum*, Portál, Praha, 2008.
- Hlaváč, I.: *Krize. Krizová situace. Krizové řízení*, ÚSS VA, Brno, 2002.
- Hort, Vl., Hrdlička, J., Kocourková, J. Malá, E. a kol., *Dětská a adolescentní psychiatrie*, Portál, Praha, 2000.
- Kastova, V. : *Krize a tvoří přístup k ní*. Portál, Praha, 2000.
- Kol: *Velký sociologický slovník I*. Univerzita Karlova. Vydavatelství Karolinum, Praha 1996.
- Kol: *Velký sociologický slovník II*. Univerzita Karlova. Vydavatelství Karolinum, Praha 1996.
- Koutek, J., Kocourková, J. : *Sebevražedné chování*. Portál, Praha, 2003.
- Liebling, A.: *British Journal of Criminology*.r.35,č.2,1995.
- Masaryk, T.G.: *Moderní člověk a náboženství*. Praha: MÚ AVČR 2000.
- Masaryk, T.G. : *Sebevražda*. Vydal Ústav T.G. Masaryka, Brno 1998.
- Monestier, M.: *Dějiny sebevražd*, Dybbuk, Praha, 2003.
- Pavlíček, J.: *Biologie sebevraždy*. Věda, technika a my, r.52, č. ř. 5, 1998.
- Pollard, B.: *Eutanazie ano či ne?*, Dita, Praha, 1996.
- Pöldinger, W.: *Psychosomatic Disorders in General Practice*, Springer, Berlin, 1992.
- Strauss, A, Corbinová, J. : *Základy kvalitativního výzkumu*, Albert, Boskovice, 1999.

Vágnerová. M., Moussová. Z., Štech. S. : *Psychologie handicapu*, Univerzita Karlova, Praha, 2001.

Viewegh, J. : *Sebevražda a literatura*. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 1996.

[www://cs.wikipedia.org/wiki/Sebevra%C5%BEda](http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebevra%C5%BEda)

www.demografie.info/cz

www.teachernet.gov.uk/teachingandlearning/library/self-harm>.

www.tn.nova.cz/zpravy/cernakronika/v-ruzynske-vazebni-veznici-se-obesil-muz-z-prahy.html

www.zakonycr.cz/seznamy/1401961Sb.html

Zvolský, P. a kolektiv: *Speciální psychiatrie*, Praha: Karolinum UK 2001.

Seznam příloh:

Příloha č.1 - dotazník věznice

Příloha č.2 - dotazník vozíčkáři